

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN

PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH



NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ
VÔ SINH

PGS.TS. Nguyễn Thế Thịnh (Chủ biên)
PGS.TS. Phạm Quốc Bình, ThS. Đặng Lan Phương,
BS. Lữ Đoàn Hoạt Mười

PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT
Hà Nội - 2018

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Vô sinh là tình trạng không có thai khi một cặp vợ chồng thực hiện quan hệ tình dục đều đặn và không áp dụng biện pháp tránh thai từ 12 tháng trở lên. Vô sinh hiện nay có xu hướng tăng lên ở cả hai giới, là một lĩnh vực rất được quan tâm trong chăm sóc sức khỏe sinh sản và dần trở thành một vấn đề lớn về mặt xã hội.

Đây là một bệnh phức tạp trong các bệnh lý sản/phụ khoa, do nhiều nguyên nhân gây ra, cả về bệnh lý cũng như do tác động của lối sống hiện đại. Hiện nay, một số nguyên nhân gây vô sinh đã được phát hiện, từ đó đã đưa ra được phương pháp điều trị thích hợp bằng y học hiện đại như dùng thuốc, phẫu thuật, thụ tinh nhân tạo... Trong y học cổ truyền, vô sinh cũng được đề cập đến với nhiều bệnh lý khác nhau và có nhiều bài thuốc, nhiều phương pháp chữa trị khá hiệu quả.

Nhằm giúp bạn đọc có những hiểu biết cơ bản về vô sinh, phòng và điều trị vô sinh, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia Sự thật xuất bản cuốn sách ***Phòng và điều trị vô sinh*** do tập thể tác giả công tác tại Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam biên soạn. Cuốn sách cung cấp cho bạn đọc những vấn đề tổng quan về vô sinh ở nam và nữ, nguyên nhân, những triệu chứng

thường gặp; việc điều trị bằng y học cổ truyền và y học hiện đại; các kiến thức phòng vô sinh cho cả hai giới.

Kiến thức về y học rất rộng lớn, số lượng các phương pháp chữa trị, các bài thuốc cũng rất nhiều, trong phạm vi cuốn sách này, chúng tôi chỉ giới thiệu giới hạn một số bài thuốc và phương pháp điều trị. Nhà xuất bản và tập thể tác giả rất mong nhận được sự góp ý của bạn đọc để hoàn thiện nội dung cuốn sách trong lần xuất bản sau.

Xin giới thiệu cuốn sách với bạn đọc

Tháng 6 năm 2018

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

Chương 1

TỔNG QUAN VỀ VÔ SINH

I. MỞ ĐẦU

Cùng với sự phát triển không ngừng của xã hội, tập quán sinh hoạt của con người và môi trường sống cũng thay đổi, đồng thời các loại bệnh tật theo đó cũng ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt của con người nhiều hơn. Trong đó, số ca bệnh vô sinh cũng ngày một tăng lên và nó đã trở thành một vấn đề của xã hội, có ảnh hưởng trực tiếp đến quan hệ gia đình và xã hội. Vì vậy, vô sinh là một trọng tâm trong chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản. Điều trị vô sinh là một nhu cầu cấp thiết của những cặp vợ chồng vô sinh nhằm đảm bảo hạnh phúc gia đình và sự phát triển hài hòa của xã hội.

Bình thường, sau một năm chung sống, khoảng 80-85% các cặp vợ chồng có thể có thai tự nhiên. Theo thống kê trên thế giới, tỷ lệ vô sinh chiếm 8-15% các cặp vợ chồng. Ở Trung Quốc, tỷ lệ vô sinh khoảng 15% (tức là cứ 7 cặp vợ chồng sau khi kết hôn thì có 1 cặp vợ chồng vô sinh). Ở Việt Nam hiện

nay, vô sinh chiếm 12-13% tổng số cặp vợ chồng, tương đương với gần một triệu cặp vợ chồng.

Về nguyên nhân của bệnh này, có người cho rằng 50-60% là do nữ giới, 20-50% là do nam giới, còn lại 20-25% là do cả hai bên và chưa rõ nguyên nhân. Tuy nhiên, có một sự thật không phải tranh cãi là trong những năm gần đây, tỷ lệ nam giới vô sinh có chiều hướng gia tăng. Theo số liệu thống kê sơ lược của bệnh viện Hiệp Hòa, Bắc Kinh (Trung Quốc) sau khi điều trị hàng vạn nam giới vô sinh trong giai đoạn 1990-2000 cho thấy, số lượng nam giới vào chữa trị của 5 năm sau cao hơn gấp 2 lần so với 5 năm đầu, nguyên nhân chủ yếu là suy giảm chất lượng tinh trùng.

Trong gần 40 năm trở lại đây, các nhân tố sinh học, vật lý, hóa học, môi trường sống ô nhiễm, các bệnh tình dục tăng nhiều, nghiện hút ma túy, nghiện rượu, hút thuốc quá nhiều đã gây ra những tổn thương cho tinh hoàn và cơ quan sinh dục nam, là nguyên nhân phổ biến nhất gây giảm sút chất lượng tinh dịch. Ngoài ra, việc sử dụng các chất kích thích, thuốc điều trị hệ thống thần kinh và hệ thống tim mạch cũng có tác dụng phụ gây hại đến việc sản sinh tinh trùng. Tuy nhiên, đại bộ phận nam giới đều chưa thực sự coi trọng việc điều trị các loại bệnh, bảo vệ hệ thống sinh sản của mình, đặc biệt là kiến thức về hệ thống sinh dục của nam thanh niên lại rất hạn chế, hầu

như chưa biết gì hoặc biết rất ít các kiến thức tự bảo vệ sức khỏe của mình. Vì vậy, vô sinh ở nam giới càng ngày càng trở thành một vấn đề được xã hội đặc biệt quan tâm.

II. THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Đại cương

Định nghĩa: một cặp vợ chồng mới cưới, có sức khoẻ bình thường, sau 12 tháng chung sống, trong sinh hoạt tình dục không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào mà chưa có con thì được xếp vào nhóm vô sinh.

Vô sinh nam giới là vô sinh do nguyên nhân của người nam (có hay không kết hợp với nguyên nhân từ phía nữ giới).

Vô sinh I (Vô sinh nguyên phát) là tình trạng người phụ nữ chưa bao giờ mang thai mặc dù đã có quan hệ tình dục trong 01 năm mà không dùng các biện pháp ngừa thai.

Vô sinh II (Vô sinh thứ phát) là tình trạng mà trong tiền sử, người phụ nữ đó đã có ít nhất một lần mang thai, sinh, sẩy hoặc phá thai kế hoạch, rồi quá thời hạn 01 năm sau đó muốn có thai mà vẫn không có thai được.

Vô sinh có thể là nguyên phát với người vợ, hay với người chồng hay là với cả hai vợ chồng. Tương

tự, vô sinh có thể thứ phát với người vợ, người chồng hoặc cả hai vợ chồng.

2. Nguyên nhân

2.1. Về phía nam giới

Tinh hoàn là nơi sản sinh ra tinh trùng. Tinh hoàn chịu sự chi phối nội tiết từ tuyến nội tiết trên não (vùng dưới đồi, tuyến yên) để đảm bảo cơ chế sinh tinh trùng bình thường. Tinh trùng sinh ra cần được phóng ra qua ống dẫn tinh và niệu đạo khi xuất tinh trong giao hợp để gặp trứng. Vì vậy, nguyên nhân vô sinh nam giới cũng chia thành 3 nhóm:

2.1.1. Nguyên nhân trước tinh hoàn

Là các nguyên nhân từ các tuyến trên não (vùng dưới đồi, tuyến yên): hội chứng suy sinh dục tiên phát, suy tuyến yên, u tuyến yên, tăng prolactin máu,...

Sự sinh tinh bình thường đòi hỏi phải có nội tiết tố FSH (*follicle stimulating hormone*), LH (*luteinizing hormone*) và testosterone.

FSH và LH tiết ra từ tuyến yên khi GnRH (*gonadotropin releasing hormone*) được kích thích tiết ra từ tuyến dưới đồi. Lượng FSH, LH tiết ra được kiểm soát bởi cơ chế phản hồi (*feedback*) của testosterone. Một nội tiết tố khác tên là inhibin do tế bào Sertoli tiết ra cũng có tác dụng phản hồi kiểm soát lượng GnRH và FSH sinh ra.

Hệ thống hoạt động các nội tiết tố liên quan với nhau phức tạp và khi mất cân bằng nội tiết tố, như quá nhiều inhibin, suy giảm tuyến yên, hoặc có sự bất thường của thụ cảm nội tiết tố ở bất cứ cơ quan nào sẽ có thể làm sự sinh tinh thất bại, làm giảm số lượng tinh trùng hay không có tinh trùng.

2.1.2. Nguyên nhân tại tinh hoàn

Các nguyên nhân tại tinh hoàn gồm có:

- Các bất thường nhiễm sắc thể - gen (hội chứng Klinefelter, hội chứng thừa nhiễm sắc thể Y,...).
- Không có tinh hoàn.
- Hội chứng chỉ có tế bào Sertoli.
- Nhiễm độc sinh dục (do thuốc, tia xạ).
- Viêm, chấn thương tinh hoàn.
- Bệnh toàn thân (suy thận, bệnh gan, bệnh hồng cầu hình liềm,...).
- Bệnh tinh hoàn ẩn, giãn tĩnh mạch tinh, xoắn tinh hoàn đã bị cắt,...
- Tăng nhiệt độ hoặc tác dụng tĩnh điện quanh tinh hoàn.

2.1.3. Nguyên nhân sau tinh hoàn

- Các rối loạn vận chuyển tinh trùng: các bất thường bẩm sinh hoặc mắc phải, các rối loạn chức năng, tật không có ống dẫn tinh bẩm sinh,...; điều trị kém hoặc không điều trị các loại nhiễm chlamydia, xuất hiện tế bào viêm trong tinh dịch,

tắc mào tinh hay ống dẫn tinh do sẹo, lậu hoặc chlamydia.

- Các rối loạn về tính di động và chức năng của tinh trùng: các khuyết tật về đuôi tinh trùng, rối loạn về miễn dịch, nhiễm khuẩn.

- Các rối loạn về tình dục: rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh (khó xuất tinh, không xuất tinh, xuất tinh ngược dòng,...).

2.1.4. Một số nguyên nhân gây vô sinh khác

- Do cách sinh hoạt như uống nhiều rượu, hút thuốc lá, stress.

- Kháng thể bất động tinh trùng.

- Điều trị hoá chất chống ung thư.

- Tinh dịch bất thường tự phát như hội chứng OAT (*oligoasthenoteratozoospermic*) hoặc không tìm thấy nguyên nhân.

2.2. Về phía nữ giới

2.2.1. Ống dẫn trứng

- Do nhiễm khuẩn lao, lậu cầu nhiễm các vi khuẩn thông thường qua việc hút thai, phá thai to, đặt vòng tránh thai... Nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo -> buồng tử cung -> vòi trứng.

- Do viêm nhiễm trong ổ bụng viêm ruột thừa, nhất là bị vỡ mủ viêm dính vùng chậu do chlamydia.

- Do lạc nội mạc tử cung gây dính vòi trứng, buồng trứng, tử cung.

- Do triệt sản.

2.2.2. Rối loạn phóng noãn

- Do suy vùng dưới đồi (yếu tố tâm lý, tổn thương não).
- Suy, u tuyến yên.
- Suy sớm buồng trứng (buồng trứng chấm dứt hoạt động trước tuổi 40).
- Buồng trứng đa nang, không có buồng trứng.
- Rối loạn kinh nguyệt (vô kinh hay thiểu kinh).

2.2.3. Tử cung

- Không có tử cung (không có tử cung và âm đạo bẩm sinh, teo âm đạo bẩm sinh).
- Dính buồng tử cung (nạo hút niêm mạc tử cung quá sâu, lao nội mạc tử cung).
- Nhân xơ tử cung dưới niêm mạc hay u xơ tử cung đẩy lồi vào buồng tử cung.
- Polip buồng tử cung.

2.2.4. Cổ tử cung

- Do chất nhầy cổ tử cung giảm số lượng hay chất lượng.
- Do chất nhầy cổ tử cung có nhiều bạch cầu, hậu quả của viêm mãn.
- Do cổ tử cung hở eo trên các bệnh nhân có tiền căn nong cổ tử cung.
- Do cổ tử cung chít hẹp trên các bệnh nhân có mẹ dùng DES trong quá trình mang thai. Mặc dù tinh trùng và trứng bình thường nhưng vẫn không thể thụ thai.

2.2.5. Yếu tố di truyền

Người bị hội chứng Turner thì cặp nhiễm sắc thể giới tính là XO, không thể thụ thai vì tử cung hay buồng trứng bị teo không hoạt động được.

Hội chứng buồng trứng đa nang là rối loạn liên quan đến mất cân bằng hormon và kháng insulin gia tăng nồng độ hormon nam trong máu, đặc biệt là testosterone, gây nên rất nhiều triệu chứng: chu kỳ kinh không đều, không có kinh, rậm lông, mụn, thừa cân, rụng tóc, buồng trứng rất nhiều nang khi siêu âm... Nguyên nhân gây nên hội chứng này là do buồng trứng không thể sản xuất các hormon theo đúng tỷ lệ bình thường, có thể dẫn đến trứng rụng thưa hoặc không rụng trứng, thường thể hiện qua tình trạng kinh nguyệt thưa. Bệnh di truyền từ thế hệ trước, kết hợp với một số yếu tố từ môi trường như lối sống, chế độ ăn.

Nhờ chất nhầy ở cổ tử cung và cấu trúc bình thường của cổ tử cung giúp tinh trùng bơi qua dễ dàng. Nếu vì một lý do nào đó gây ảnh hưởng tới chất nhầy hoặc cấu trúc của cổ tử cung làm cho tinh trùng khó sống sót và không thể bơi qua được sẽ khiến cho tỷ lệ có thai giảm.

2.2.6. Các yếu tố bệnh lý

Phụ nữ có tiền sử về nhiễm trùng bộ phận sinh dục như viêm cổ tử cung, tử cung, ống dẫn trứng, nhiễm trùng tiểu dẫn tới làm chít hẹp, viêm tắc vòi trứng do đó trứng không thể di chuyển vào

buồng tử cung... Nếu bị viêm tắc vòi trứng thì trứng và tinh trùng không thể gặp nhau để thụ tinh được, thậm chí, có thể gây ra những tình trạng như thai chết lưu, tử vong ở trẻ sơ sinh. Điều đặc biệt nghiêm trọng là một số loại viêm nhiễm phụ khoa nếu không được phát hiện, chữa trị sớm có thể gây ra vô sinh như chlamydia 2. Nhiễm chlamydia ở phụ nữ có thể sẽ dẫn đến những tổn thương ở vòi trứng, tắc vòi trứng. Một người mẹ khi bị mắc chlamydia có thể gây tử vong cho thai nhi, trẻ sơ sinh hoặc các loại bệnh khác như viêm kết mạc hay viêm phổi. Hậu quả của loại viêm nhiễm này còn nghiêm trọng hơn nếu người mắc bệnh là nam giới.

2.2.7. Các yếu tố lý, hóa

- Do uống thuốc tránh thai kéo dài. Nếu sử dụng ở liều lượng và thời gian hợp lý thì thuốc tránh thai không có ảnh hưởng gì đến sức khoẻ của bạn cũng như khả năng sinh con. Nhưng việc sử dụng thuốc tránh thai kéo dài sẽ làm ảnh hưởng tới chu kỳ kinh nguyệt, làm kinh nguyệt bị rối loạn, ảnh hưởng tới sự rụng trứng, có thể gây khó có thai lại trong vòng 6 tháng đầu sau khi dùng thuốc.

- Hóa chất sinh hoạt: Các nhà nghiên cứu của Đại học California tại Los Angeles (Mỹ) đã tìm ra những bằng chứng về các hoá chất dùng trong sinh hoạt hằng ngày có trong bao bì thực phẩm,

hoá chất nông nghiệp, hoá chất xử lý vải, thảm nhà và các hoá chất chăm sóc vệ sinh cơ thể liên quan đến hiện tượng vô sinh đang có chiều hướng ngày càng gia tăng của phụ nữ.

2.2.8. Các yếu tố môi trường xã hội

- Thông qua hút thuốc nicotin trong khói thuốc gây hại không chỉ với nam giới, mà ở nữ giới, việc tiếp xúc với nicotin cũng có thể gây co thắt ống dẫn trứng, làm tăng nguy cơ mang thai ngoài tử cung.

- Hiện tượng béo phì làm thay đổi môi trường nuôi dưỡng cho trứng phát triển.

- Ở nước ta, hiện nay tỷ lệ nạo phá thai ở phụ nữ khá cao. Một biến chứng lâu dài rất thường gặp của nạo phá thai là hiếm muộn - vô sinh. Rất nhiều phụ nữ sau vài lần nạo thai đã bị vô sinh do tắc vòi trứng hoặc viêm dính buồng tử cung. Do đó, nếu chưa muốn có con, tốt nhất bạn nên sử dụng một biện pháp ngừa thai thật an toàn để dự phòng khả năng bị biến chứng vô sinh sau nạo thai.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh

- Nam giới:

+ Tiền sử có thói quen hút thuốc, uống rượu, nhiễm độc, tiếp xúc hoá chất,...

+ Tiền sử hôn nhân và thai sản: lấy vợ mấy năm, thời gian từ khi muốn có con đến nay.

+ Tiền sử bệnh tật: quai bị, bệnh mạn tính, bệnh viêm nhiễm - lây truyền qua đường tình dục,...

+ Đặc điểm nhu cầu sinh lý, sinh hoạt tình dục, có rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh không,...?

+ Tiền sử gia đình về sinh sản: trong gia đình có ai chậm có con không?

- Nữ giới:

+ Tiền sử hôn nhân và thai sản: lấy chồng mấy năm, thời gian từ khi muốn có con đến nay.

+ Tình hình kinh nguyệt (chu kỳ kinh, màu sắc kinh nguyệt, đau khi có kinh), đau khi giao hợp,...

+ Tiền sử đẻ, sảy theo thứ tự thời gian.

+ Tiền sử sản khoa (đẻ thường, đẻ khó, sót rau, băng huyết).

+ Tiền sử phụ khoa (viêm nhiễm, khí hư, sốt).

+ Tần suất giao hợp (Bao nhiêu lần trong 1 tuần).

3.1.2. Khám bệnh

* Toàn thân: trạng thái tinh thần, hình dáng bên ngoài, vú, hệ thống lông (lông mu, lông nách),...

* Thực thể: bệnh nội tiết, tim mạch, hệ tiết niệu,...

* Tại chỗ:

- Nữ giới:

+ Bộ phận sinh dục (vú, lông mu, âm vật, môi lớn, môi bé);

+ Phát hiện các tổn thương viêm đường sinh dục (âm đạo, phần phụ cổ tử cung);

+ Phát hiện các khối u buồng trứng, u tử cung, ứ nước, ứ mủ vòi trứng.

- *Nam giới:*

+ Bộ phận sinh dục ngoài có dị tật (không có tinh hoàn trong bìu, lỗ đái thấp, cong vẹo dương vật,...), viêm nhiễm, chảy mủ hoặc dịch bất thường.

+ Nhìn: vị trí lỗ niệu đạo; các hình dạng và kích thước khác nhau của dương vật và bìu, cách mọc lông mu.

+ Sờ: sờ tinh hoàn đánh giá hình dạng, kích thước, mật độ, vị trí.

+ Sờ nắn mào tinh hoàn (giãn, nang mào tinh,...).

+ Sờ nắn đám rối tĩnh mạch tinh.

+ Ống dẫn tinh (xem có ống dẫn tinh không, tính chất ống dẫn tinh, hay bất sản ống dẫn tinh).

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Nam giới

a. Xét nghiệm tinh dịch đồ

Các điều kiện lấy mẫu xét nghiệm tinh dịch đồ: kiêng giao hợp từ 2 ngày đến 7 ngày, dùng ống đựng tinh dịch tiêu chuẩn và vô khuẩn. Không nên lấy tinh dịch từ nhà mang đến, không được dùng bao cao su thông thường khi lấy mẫu (vì các bao cao su thông thường có chứa chất diệt tinh trùng).

- Đánh giá đại thể:

+ Sự hoá lỏng của tinh dịch (< 60 phút/37^{o}C).

+ Thể tích và màu sắc (bình thường màu trắng sữa).

+ Xác định pH, bình thường ≥ 7,2, nếu < 7,2 thì có thể tắc ống dẫn tinh 2 bên.

- Đánh giá vi thể:

+ Tính chất di động của tinh trùng. Dựa vào tốc độ di chuyển của tinh trùng chia thành 4 loại: (A) di động nhanh về phía trước (≥ 25 μm/s), (B) di động chậm chạp hoặc lờ đờ về phía trước (5 μm/s đến < 25 μm/s), (C) di động tại chỗ, không tiến tới (< 5 μm/s) và (D) nằm im, không di động (vận tốc = 0).

+ Mật độ tinh trùng.

+ Các tế bào khác: tiền tinh trùng, tế bào biểu mô, bạch cầu.

+ Ngưng kết tinh trùng (tinh trùng kết đám). Nếu các tinh trùng ngưng kết, dính vào nhau nhiều sẽ hạn chế khả năng di chuyển của tinh trùng và hạn chế khả năng thụ tinh.

+ Hình thái tình trùng.

- Ngoài ra, còn có thể dùng các test về chức năng tinh trùng:

+ Các test đánh giá sự trưởng thành nhân tế bào.

+ Các test khảo sát tính chất nguyên vẹn của màng tinh trùng.

+ Tình trạng cực đầu của tinh trùng: kích thích phản ứng cực đầu trong môi trường thí nghiệm.

+ Tương tác giữa tinh trùng và noãn:

Test thâm nhập noãn Hamster (HOP-test)

Kỹ thuật xâm nhập nửa vùng trong suốt

+ Phân tích tinh trùng có hỗ trợ bằng máy tính (CASA).

Phân tích các vệt di chuyển của tinh trùng

b. Xét nghiệm sinh hoá tinh dịch

Túi tinh chứa nhiều fructose, tuyến tiền liệt chứa phosphatase acid và kẽm, mào tinh hoàn chứa carnitin và α-glucosidase. Dựa vào các đặc điểm này có thể chẩn đoán tắc đoạn nào của đường xuất tinh.

c. Xét nghiệm kháng thể kháng tinh trùng: Chú ý loại kháng thể và hiệu giá kháng thể.

d. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm hệ tiết niệu - sinh dục (lưu ý: tuyến tiền liệt, túi tinh, tinh hoàn, mào tinh hoàn, tĩnh mạch tinh) xem có bất thường không? Có giãn tĩnh mạch tinh không? Đo kích thước tinh hoàn...

- Chụp ống dẫn tinh: Mục đích là tìm chỗ tắc trên đường dẫn tinh.

Cách thức làm: gây tê tại chỗ, rạch da bìu, bộc lộ ống dẫn tinh, mở ống dẫn tinh, bơm thuốc cản quang vào ống dẫn tinh và chụp X quang. Ống dẫn tinh lưu thông tốt khi thấy thuốc cản quang làm hiện rõ ống dẫn tinh, túi tinh, bóng tinh và bóng bàng quang trên phim X quang. Nếu thấy thuốc cản quang dừng lại trên đường đi chứng tỏ có bít tắc.

3.2.2. Nữ giới

a. Kiểm tra sự phóng noãn bằng đường cong thân nhiệt

b. Kiểm tra tử cung, vòi trứng

- Bơm hơi vòi trứng.

- Nghiệm pháp Huhner: chụp tử cung, vòi trứng, thăm dò độ thâm nhập tinh trùng vào chất nhầy cổ tử cung.

- Chụp X quang tử cung, vòi trứng để phát hiện các dấu hiệu bất thường.

c. Kiểm tra cơ quan sinh dục

- Siêu âm: phát hiện các bất thường cơ quan sinh dục như bướu, nang.

- Nội soi chẩn đoán và can thiệp: chẩn đoán các bất thường sinh dục, nội soi gỡ dính vòi trứng, buồng trứng, bơm thông vòi trứng, đốt điểm buồng trứng...

3.2.3. Xét nghiệm chung

a. Xét nghiệm nội tiết tố

- *Nam giới:* định lượng các giá trị cơ bản của các nội tiết tố LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone. Testosterone là một chỉ điểm quan trọng nhất về chức năng của tinh hoàn. Ngoài ra, có thể định lượng inhibin B. Bên cạnh FSH, inhibin B là một chỉ điểm nội tiết quan trọng nhất của quá trình sinh tinh (chức năng ngoại tiết của tinh hoàn). Khi có rối loạn quá trình sinh tinh thì nồng độ inhibin B thấp và FSH tăng cao.

Các chẩn đoán chức năng (các test kích thích hormon): test hCG (phát hiện được khả năng

hoạt động về nội tiết của tinh hoàn do giống cấu trúc với LH); test kích thích GnRH (kiểm tra khả năng sản xuất nội tiết tố hướng sinh dục của tuyến yên).

Các chẩn đoán nội tiết chuyên sâu: bệnh vú to, ngoài xét nghiệm định lượng estradiol, làm thêm xét nghiệm α-fetoprotein, hCG, LDH-cholesterol.

Các rối loạn tổng hợp testosterone: định lượng các chất chuyển hoá trung gian.

Kháng androgen: phân tích sinh học phân tử các thụ thể của androgen,...

- *Nữ giới:* nội tiết tố hướng sinh dục (LH, FSH), nội tiết tố sinh dục (estrogen, progesteron), nội tiết tố thai nghén (hCG)... Tiến hành các thử nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng của vùng dưới đồi, tuyến yên hay buồng trứng qua đáp ứng của nội tiết tố.

b. Xét nghiệm về di truyền học

Xét nghiệm về di truyền học (nhiễm sắc thể, gen) để đánh giá mức độ rối loạn nhiễm sắc thể và gen.

c. Xét nghiệm về mô học

- *Nam giới:*

+ Chọc hút dịch mào tinh hoàn tìm tinh trùng.

+ Sinh thiết tinh hoàn (dùng kim sinh thiết hoặc mổ sinh thiết).

- *Nữ giới:*

+ Sinh thiết niêm mạc tử cung từ ngày 21-24

của chu kỳ kinh 28 ngày, tìm thấy hình ảnh chế tiết, chỉ sử dụng 1 lần trước khi điều trị để chẩn đoán khi các xét nghiệm nói trên không rõ ràng.

+ Lấy dịch cổ tử cung tìm hình dương xỉ.

3.3. Dấu hiệu nhận biết

3.3.1. Nam giới

a. Dấu hiệu vô sinh nam tại bộ phận sinh dục

- Dương vật nhỏ, teo; dương vật không có khả năng cương cứng, hoặc chỉ cương cứng trong thời gian ngắn.

- Bìu lép, nhỏ, khi sờ vào thấy lớp da mỏng chứng tỏ tinh hoàn bị teo hoặc nằm ở vị trí khác như bụng, ống bẹn, nơi không có điều kiện thích hợp để tạo tinh dịch.

- Khi xuất tinh thì rất ít tinh dịch, tinh trùng yếu. Tinh dịch có lẫn máu, có thể do viêm tuyến tiền liệt hay viêm tinh hoàn, ung thư tinh hoàn.

- Dương vật sưng đau, tổn thương do các vết loét. Quy đầu dương vật chảy mủ xanh là biểu hiện của các bệnh như lậu, giang mai, sùi mào gà.

- Đi tiểu cảm thấy đau buốt, tiểu rắt, tiểu nhiều, nhất là vào ban đêm.

- Bị hẹp bao quy đầu, dài bao quy đầu.

- Thân và đầu dương vật bị tổn thương nhưng không đau. Điều này rất dễ dẫn đến nguy cơ ung thư, u sùi hay giang mai.

- Cảm giác sưng đau ở bìu do viêm mào tinh hoàn hay xoắn tinh hoàn.

- Tinh hoàn bị đau nhưng không phải do chấn thương. Đó có thể do viêm mào tinh hoàn thể nặng, xoắn tinh hoàn, khiến tinh trùng không di chuyển được ra ngoài và bị chết yểu.

b. Các dấu hiệu khác chứng tỏ vô sinh

Bộ phận sinh dục là nơi có biểu hiện rõ nhất. Tuy nhiên cũng có một số biểu hiện ở các bộ phận khác cho thấy bạn cũng đang có nguy cơ bị vô sinh như:

- Cơ thể béo phì, hoặc gầy gò quá mức, da vàng, da nhăn nheo.
- Tóc rụng nhiều, bạc sớm.
- Nói thều thào, hụt hơi, giọng nói yếu ớt.
- Mắc các bệnh như suy thận, bệnh ung thư gan, tim mạch, máu trắng.
- Thường xuyên căng thẳng, stress trong thời gian dài.

3.3.2. Nữ giới

a. Chu kỳ kinh nguyệt

- Chu kỳ kinh nguyệt không đều: chu kỳ kinh nguyệt đều đặn hoặc tương đối đều đặn là biểu hiện của việc người phụ nữ có sức khỏe sinh sản tốt. Nếu người nào có chu kỳ không đều, quá ngắn hoặc quá dài (ít hơn 24 ngày, hoặc nhiều hơn 35 ngày) phải đi gặp bác sĩ ngay để phát hiện và điều trị vô sinh sớm. Một chu kỳ không đều có thể là

một dấu hiệu của các bệnh liên quan đến việc rụng trứng như: rối loạn hormon làm trứng chín và rụng; có u ở tử cung, buồng trứng đa nang, bệnh u xơ tử cung, viêm khung chậu hay tử cung dị dạng...

- Lượng máu ở mỗi chu kỳ quá nhiều và kéo dài: thông thường, kinh nguyệt chỉ kéo dài khoảng 3-7 ngày, kéo dài hơn được coi là bất thường và nếu hầu như chu kỳ nào bạn cũng bị như thế thì rất có thể đó là dấu hiệu sớm của vô sinh. Ngoài ra, thường xuyên bị chuột rút khi đang trong chu kỳ, bạn cần đến gặp bác sĩ ngay để điều trị kịp thời, tránh những biến chứng ảnh hưởng tới khả năng sinh sản.

b. Mất cân bằng nội tiết

Hormon điều tiết hệ thống sinh sản của cơ thể xảy ra sự mất cân bằng có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Hội chứng buồng trứng đa nang là một nguyên nhân của vô sinh được đặc trưng bởi sự gia tăng và vượt quá kích thích tố nam (androgen) ở phụ nữ.

Các triệu chứng sau đây có liên quan tới sự mất cân bằng nội tiết và có thể là một dấu hiệu của buồng trứng đa nang: mụn trứng cá mạn tính, thường xuyên strees; quá nhiều tóc, lông mà không phải là do di truyền.

c. Các triệu chứng đau

- Chuột rút khi có kinh nguyệt.

- Giao hợp đau: khi bạn quan hệ tình dục thường xuyên thấy đau cơ quan sinh dục như âm đạo... có thể là một dấu hiệu của khối u xơ.

- Đau vùng chậu có thể là triệu chứng của một số bệnh như u xơ, bệnh viêm vùng chậu, hư hỏng tử cung, hoặc khuyết tật bẩm sinh tử cung và âm đạo.

- Đau và phình nhỏ ở bụng dưới.

d. Nhiễm trùng

- Nhiễm trùng đường tiết niệu có thể là bệnh viêm vùng chậu hay các vấn đề ảnh hưởng đến khả năng sinh miễn dịch.

- Nhiễm trùng do các bệnh lây lan qua đường tình dục như chlamydia có thể dẫn đến sẹo vĩnh viễn và bệnh viêm vùng chậu.

- Nhiễm nấm men thường xuyên có thể là một dấu hiệu của bệnh viêm vùng chậu hay các vấn đề miễn dịch.

e. Bên cạnh đó còn có các triệu chứng khác về thể chất có thể là dấu hiệu của vô sinh - hiếm muộn

- Giảm cân hay tăng cân do các yếu tố như béo phì hoặc tập thể dục quá nhiều có thể gây gián đoạn cho các chu kỳ kinh nguyệt và dẫn đến đa nang buồng trứng.

- Bị thoát vị có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản, từ bụng đẩy thông qua thành bụng, gây ra các triệu chứng bao gồm một phần lồi ra ở bụng, áp lực, đau đớn, và cảm giác khó chịu.

- Sốt cao có thể là một dấu hiệu của bệnh viêm vùng chậu hoặc đường tiết niệu bị nhiễm trùng, cần phải đưa đến bệnh viện ngay lập tức.

III. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Trong y học cổ truyền, vô sinh cũng được chia làm hai loại: vô sinh nam và vô sinh nữ. Vô sinh nam thuộc phạm vi các chứng bệnh như "bất dục", "vô tử", "tuyệt dục", "nam tử nán tự", "vô tinh", "thiểu tinh", "lãnh tinh"... Vô sinh nữ thuộc phạm vi các chứng bệnh như "bất dựng", "toàn vô tử", "đoạn tự", "chủng tử", "tử tự", "tự dục", "cầu tự"... Phương pháp trị liệu vô sinh nam và vô sinh nữ cũng khác nhau.

1. Nam giới

Suy giảm chức năng sinh sản nam đã được đề cập trong y học cổ truyền. Y học cổ truyền cho rằng công năng sinh dục của nam giới là tổng hợp công năng của các tạng phủ, khí huyết, tân dịch. Khi bất cứ một yếu tố nào xuất hiện bất thường đều có khả năng ảnh hưởng đến chức năng sinh dục mà dẫn đến suy giảm chức năng sinh sản.

1.1. Nguyên nhân

Tiên thiên bất túc, phòng dục quá độ, tình chí thất điều, cửu bệnh lao quyện, ẩm thực bất tiết, độc tà xâm phạm.

1.2. Cơ chế bệnh sinh

- Thận dương hư suy, công năng sinh tinh bất túc.

- Thận âm hư tổn, âm tinh bất túc, tướng hỏa vong động.

- Tỳ thận dương hư, thận mất ôn ấm, thận tinh không hóa, tỳ mất kiện vận, dẫn tới thủy thấp nội đình.

- Khí huyết khuy tổn, thận mất nguồn hóa sinh.

- Can uất khí trệ, huyết mạch ứ trở mà can mất chức năng sơ tiết.

- Tỳ mất kiện vận, đàm thấp nội uẩn.

2. Nữ giới

Theo y học cổ truyền, vô sinh do nữ gọi là chủng tử môn. Chủng tử môn bao gồm các chứng trạng không thụ thai được hoặc đã thụ thai được mà không có khả năng giữ để noãn bào đã thụ thai ở lại trong bào cung hoặc không phát triển thành thai nhi.

2.1. Nguyên nhân

Người phụ nữ vô sinh thường do 2 loại nguyên nhân: tiên thiên bất túc và bệnh lý hậu thiên. Về bệnh lý hậu thiên thường gặp là: thận dương hư, huyết hư và đờm thấp, can khí uất.

2.2. Cơ chế bệnh sinh

- Thận dương hư: người phụ nữ vốn có cơ thể

hư nhược hoặc do bệnh tật ảnh hưởng, do phòng dục vô độ, lao động quá sức hoặc tình chí rối loạn đều làm cho thận dương hư, thận khí yếu nên tinh huyết kém, mạch xung nhâm hư tổn, bào cung không được nuôi dưỡng tốt.

- Huyết hư: cơ thể suy yếu, huyết không đủ nuôi dưỡng bào cung.

- Đờm thấp: cơ thể vốn đờm thấp thịnh hoặc ăn nhiều chất béo bổ sinh đờm thấp tích trệ ở bào cung làm ảnh hưởng đến chức năng sinh dục của bào cung.

- Can khí uất: do sự thay đổi tình chí, can khí uất, khí cơ không thông lợi, mạch xung nhâm thất điều cũng ảnh hưởng đến thụ tinh.

Chương 2

ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

I. THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

Thụ tinh ở người là một hiện tượng phức tạp và kém hiệu quả. Trong đa số trường hợp vô sinh ít nhiều đều có vai trò của cả hai vợ chồng, mặc dù nguyên nhân chính có thể chỉ thấy ở một người. Đối với những cặp vợ chồng không may mắn, cần thiết phải có sự hỗ trợ của y khoa. Tùy theo nguyên nhân, các cặp vợ chồng sẽ được điều trị bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản thích hợp.

Theo phân loại của nhiều trung tâm, thụ tinh nhân tạo không xếp vào các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Người ta định nghĩa các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản bao gồm những kỹ thuật điều trị vô sinh, trong đó có chọc hút trứng và đem trứng ra ngoài cơ thể. Tuy nhiên, trong điều kiện các kỹ thuật điều trị vô sinh vừa mới phát triển, để đơn giản và dễ hiểu trong việc sử dụng thuật ngữ, đề nghị nhập kỹ thuật thụ tinh nhân tạo vào các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

1. Nguyên tắc

Điều trị vô sinh cần dựa vào nguyên nhân gây ra vô sinh.

2. Điều trị nội khoa

- Điều trị kháng sinh đặc hiệu cho các trường hợp viêm nhiễm đường tiết niệu - sinh dục.
- Dùng corticoid trong vô sinh có kháng thể kháng tinh trùng.
- Điều chỉnh nội tiết tố trong các trường hợp có rối loạn nội tiết tố: nhóm LH, nhóm FSH, nhóm androgen,...
- Điều trị rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh,...
- Dùng thuốc y học cổ truyền.

3. Điều trị ngoại khoa

3.1. Điều trị tắc vòi trứng

Bơm hơi hoặc bơm KS chống dính, chụp tử cung, vòi trứng. Khi vòi trứng bị tắc có chỉ định nội soi. Trong trường hợp vòi trứng tắc nhiều, có chỉ định thụ tinh trong ống nghiệm (I.V.F.).

3.2. Phẫu thuật một số bệnh gây ảnh hưởng đến sự thụ tinh và đời sống tinh trùng

Phẫu thuật cắt bỏ khối u xơ tử cung, bóc tách u nang buồng trứng, thắt tĩnh mạch tinh giãn, hạ tinh hoàn,...

3.3. Phẫu thuật tạo hình phục hồi đường dẫn tinh và dương vật

- Nối ống dẫn tinh - ống dẫn tinh, nối ống dẫn tinh - mào tinh hoàn.

- Mổ dị tật lỗ đái, xơ cứng vật hang dương vật,...

- Cắt nội soi mở rộng ụ núi hoặc mở rộng cổ túi tinh trong những trường hợp bị chít hẹp không phóng xuất được tinh dịch.

3.4. Các phương pháp hỗ trợ sinh sản

3.4.1. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung - IUI

Thuật ngữ bơm tinh trùng vào buồng tử cung (intrauterine insemination – IUI) được dùng để chỉ kỹ thuật thụ tinh nhân tạo bằng bơm tinh trùng trực tiếp vào buồng tử cung nhằm giảm một số tác dụng có hại lên tinh trùng như pH acid của âm đạo, chất nhầy cổ tử cung (trong trường hợp chất nhầy có hại cho tinh trùng). IUI còn có một lợi điểm lớn là mang số lượng tinh trùng có độ di động tốt, khả năng thụ tinh cao, cô đặc trong một thể tích nhỏ đến gần trứng hơn.

Từ khi các kỹ thuật chuẩn bị tinh trùng như sử dụng thang nồng độ, swim-up phát triển, sử dụng tinh trùng đã chuẩn bị và cô đặc đã trở thành chuẩn mực trong kỹ thuật IUI. Kỹ thuật này hiện tại trở thành kỹ thuật điều trị hiếm muộn phổ biến và hiệu quả cho những trường hợp buồng trứng và vòi trứng còn hoạt động bình thường.

Việc sử dụng tinh trùng qua lọc rửa đã làm tăng tỷ lệ thụ thai và giảm các tai biến như nhiễm trùng, co thắt tử cung, sốc phản vệ...

- Các chỉ định thực hiện IUI hiện nay:

+ Bất thường phóng tinh: lỗ tiểu đóng thấp, xuất tinh ngược dòng, bất lực do nguyên nhân thực thể hay tâm lý.

+ Vô sinh nam: tinh trùng ít, yếu, dị dạng.

+ Yếu tố cổ tử cung: chất nhầy cổ tử cung không thuận lợi, ít chất nhầy.

+ Miễn dịch: kháng thể kháng tinh trùng ở nam giới (tụ kháng thể), kháng thể kháng tinh trùng ở nữ (cổ tử cung, huyết thanh).

+ Vô sinh không rõ nguyên nhân.

+ Lạc nội mạc tử cung: nhẹ, vừa.

+ Rối loạn phóng noãn.

+ Phối hợp nhiều bất thường trên.

- Ưu điểm:

+ Kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, có thể thực hiện nhiều lần.

+ Kết quả điều trị thay đổi tùy tiên lượng bệnh nhân và chỉ định điều trị. Nếu có thể thực hiện nhiều lần (trung bình 3 lần), tỷ lệ có thai dồn rất khả quan.

- Nhược điểm:

+ Tỷ lệ thành công thay đổi rất nhiều tùy thuộc vào chỉ định điều trị và kỹ thuật thực hiện của từng trung tâm.

+ Thường phải thực hiện nhiều chu kỳ điều trị, phối hợp kích thích buồng trứng.

+ Nguy cơ quá kích buồng trứng và đa thai.

- Kết quả:

+ Thường tính bằng tỷ lệ có thai trên chu kỳ điều trị. Tỷ lệ thành công của IUI có thể thay đổi từ 0% đến 50%. Tỷ lệ thành công trung bình của một chu kỳ nói chung khoảng 10-15%.

+ Tỷ lệ có thai lâm sàng giảm dần theo tuổi người phụ nữ. Tỷ lệ này giảm hẳn nếu bệnh nhân trên 35 tuổi. Đối với các trường hợp trên 40 tuổi, tỷ lệ có thai thường không quá 5%. Theo một số thống kê, tỷ lệ có thai đối với bệnh nhân trên 40 tuổi chỉ khoảng 1-2%.

3.4.2. Thụ tinh trong ống nghiệm và chuyển phôi - IVF/ET

Kể từ năm 1978, khi Louise Brown, em bé đầu tiên trên thế giới ra đời theo phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm do hai tác giả Robert Edwards, và Patrick Steptoe thực hiện, phương pháp này đã có những bước phát triển vượt bậc giúp cho các bệnh nhân hiếm muộn có được con, điều trước đây là không thể.

Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm có nghĩa là cho trứng và tinh trùng kết hợp với nhau trong phòng thí nghiệm, sau đó phôi hình thành sẽ được chuyển trở lại buồng tử cung. Quá trình phát triển của phôi và thai sẽ diễn ra bình thường

trong tử cung người mẹ. Thụ tinh trong ống nghiệm chiếm trên 50% các chu kỳ điều trị với ART hiện nay trên thế giới.

Khởi đầu, phương pháp này được chỉ định trong những trường hợp tắc ống dẫn trứng hai bên, hoặc hai vòi trứng đã bị cắt do phẫu thuật phụ khoa hay do thai ngoài tử cung, làm cho tinh trùng và trứng không thể gặp nhau được trên vòi trứng và do đó không thể có sự thụ tinh. Nhưng sau đó, phương pháp đã được mở rộng ra những chỉ định khác, ngoài chỉ định tắc vòi trứng đơn thuần cổ điển, như: lạc nội mạc tử cung vùng chậu, vô sinh không rõ nguyên nhân, thất bại nhiều chu kỳ với phương pháp bơm tinh trùng vào lòng tử cung, vô sinh nam do bất thường tinh trùng dạng nhẹ...

Nguyên tắc của thụ tinh trong ống nghiệm là kích thích buồng trứng để nhiều nang noãn phát triển trong một chu kỳ, sau đó chọc hút nang noãn để lấy noãn ra bên ngoài cơ thể. Cho tinh trùng và noãn tiếp xúc với nhau bên ngoài cơ thể (trong phòng thí nghiệm). Khi phôi hình thành sẽ được chuyển trở lại buồng tử cung người phụ nữ để phát triển thành thai bình thường.

Để thực hiện một trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm, các bước sau đây sẽ được thực hiện:

(1) Chích thuốc cho người vợ với những liều thích hợp và với những phác đồ khác nhau tùy

từng bệnh nhân để tạo nhiều nang noãn phát triển từ 2 buồng trứng.

(2) Chọc hút qua đầu dò siêu âm để lấy những noãn bào trong các nang trứng đó, cho vào labo.

(3) Cho tinh trùng thụ tinh với trứng.

(4) Sau khi phát triển thành phôi, thực hiện việc chuyển phôi vào buồng tử cung. Sau bước này, việc có thai phụ thuộc vào sự làm tổ của phôi vào nội mạc tử cung.

(5) 2 tuần sau chuyển phôi, định lượng beta HCG để xác định có thai hay không. Nếu beta HCG (+), bệnh nhân được xem là có thai sinh hóa.

(6) Sau khi có tim thai trên siêu âm, bệnh nhân được xem là có thai lâm sàng.

(7) Nếu thai duy trì được đến ít nhất 12 tuần, thai được xem là thai đang diễn tiến.

Ưu điểm:

- Ưu điểm lớn nhất của thụ tinh trong ống nghiệm là hiệu quả điều trị cao hơn hẳn IUI. Hiệu quả của phương pháp điều trị này vượt trội so với các nguy cơ có thể có trong điều trị.
- Thụ tinh trong ống nghiệm có thể xem là một phương pháp vừa có giá trị chẩn đoán vô sinh, vừa điều trị.

Nhược điểm:

- Có một số nguy cơ có thể xảy ra cho người phụ nữ và trẻ như: hội chứng quá kích buồng trứng, đa thai, sinh non...

- Chi phí điều trị cao.

- Thụ tinh trong ống nghiệm không trực tiếp điều trị nguyên nhân gây vô sinh mà chỉ tạo điều kiện để quá trình thụ tinh diễn ra bên ngoài cơ thể.

Kết quả:

Tỷ lệ thành công của mỗi chu kỳ điều trị IVF trung bình trên thế giới hiện nay khoảng 25%. Tỷ lệ có thai lâm sàng hiện nay phổ biến trong khoảng 35-40%. Tỷ lệ này phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, chỉ định điều trị và phác đồ của từng trung tâm.

3.4.3. Bơm tinh trùng vào bào tương noãn - ICSI

Vào giữa thập niên 1990, phương pháp bơm tinh trùng vào bào tương noãn được đưa vào lâm sàng, lập tức đã được sự quan tâm đặc biệt trong chuyên ngành hiếm muộn. Với chỉ 1 tinh trùng bơm vào bào tương noãn của một trứng, phương pháp này đã mở ra một cuộc cách mạng trong điều trị những trường hợp hiếm muộn do nguyên nhân nam bị nặng mà với phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm thông thường không thể giải quyết được.

Từ phương pháp ICSI, các chuyên gia thụ tinh trong ống nghiệm mở rộng ra việc điều trị cho các trường hợp vô tinh. Trên các bệnh nhân này, người ta có thể lấy ra một số lượng rất ít tinh trùng từ trong mào tinh, hoặc tinh hoàn, rồi sau

đó thực hiện thủ thuật ICSI vào trứng của người vợ; đồng nghĩa với việc người cha có được một đứa con với gen của mình, điều mà trước đây họ có nằm mơ cũng không thấy được.

Nguyên tắc của kỹ thuật ICSI là tiêm trực tiếp một tinh trùng vào bào tương noãn trưởng thành để tạo phôi. Phôi sau đó được chuyển vào tử cung người vợ để đậu thai và phát triển bình thường. Cũng như IVF, trong ICSI người ta cũng thực hiện kích thích nhiều nang noãn phát triển, chọc hút noãn để lấy noãn ra ngoài cơ thể. Với ICSI, ta chỉ cần một tinh trùng sống để có thể thụ tinh noãn, tạo phôi phát triển thành thai.

Tuy chỉ mới phát triển chưa đầy 20 năm nhưng ICSI đã chiếm gần 50% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Ở một số trung tâm, 100% các chu kỳ hỗ trợ sinh sản đều thực hiện ICSI. Hiện nay ICSI được xem là phương pháp điều trị vô sinh nam hiệu quả nhất, tỷ lệ có thai của một chu kỳ điều trị thường trên 30%.

Ưu điểm là: tỷ lệ thụ tinh cao hơn, làm số phôi có được nhiều hơn; nhiều khả năng chọn lọc được phôi tốt để chuyển vào buồng tử cung khiến tỷ lệ có thai cao hơn.

Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy, đối với các trường hợp vô sinh có nguyên nhân không liên quan đến nam giới, tỷ lệ thành

công của ICSI tương đương với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm cổ điển.

Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của ICSI như tuổi người vợ, nguyên nhân vô sinh, số phôi chuyển, chất lượng phôi... Tuy nhiên, tỷ lệ thành công của ICSI không phụ thuộc vào chất lượng tinh trùng. Trong một báo cáo năm 2002, tuổi người vợ và số phôi tốt được chuyển vào buồng tử cung là hai yếu tố có giá trị tiên lượng tốt nhất khả năng thành công của một chu kỳ ICSI.

3.4.4. Những phương pháp hỗ trợ sinh sản khác

Hiện nay đã có nhiều phương pháp mới giúp nâng tỷ lệ thành công trong hỗ trợ sinh sản lên cao hơn:

- *Nuôi trưởng thành trứng non trong ống nghiệm (IVM):* chọc hút trứng non từ buồng trứng vì nhiều lý do không thể kích thích buồng trứng của bệnh nhân. Sau đó cấy trứng trong môi trường chuyên biệt, thụ tinh rồi cấy phôi và chuyển phôi vào buồng tử cung. IVM thường áp dụng cho những trường hợp hội chứng buồng trứng đa nang cần làm thụ tinh trong ống nghiệm.

- *Kỹ thuật hỗ trợ phôi thoát màng:* là kỹ thuật làm mỏng hoặc tạo một lỗ thoát trên màng của phôi nhằm cải thiện tỷ lệ có thai và tỷ lệ làm tổ của phôi. Kỹ thuật này có hiệu quả trên một số đối tượng như bệnh nhân lớn tuổi (> 37 tuổi),

bệnh nhân làm IVF thất bại nhiều lần, bệnh nhân có nồng độ FSH cao, phôi có độ dày ZP > 15 μm.

- Các phương pháp phẫu thuật lấy tinh trùng:

Vô sinh do không có tinh trùng là trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch. Không có tinh trùng chia làm hai nhóm: tắc nghẽn và không tắc nghẽn. Trong trường hợp không có tinh trùng do tắc, tinh hoàn vẫn sinh tinh bình thường nhưng tinh trùng không thể ra bên ngoài. Nguyên nhân thường gặp là do bẩm sinh, nhiễm trùng đường sinh dục hoặc do thắt ống dẫn tinh. Trong cả hai trường hợp vô sinh không có tinh trùng do tắc hay không do tắc, người ta đều có thể phẫu thuật để lấy tinh trùng và thực hiện ICSI.

+ *Lấy tinh trùng từ mào tinh bằng vi phẫu thuật (MESA):* là phương pháp thu tinh trùng qua phẫu thuật mào tinh. Tỷ lệ thành công của MESA trên 90% và tinh trùng thường thu được nhiều và có thể trữ lạnh. Tuy nhiên phương pháp này cũng có một số khuyết điểm như tính xâm lấn cao, dịch thu được lẫn nhiều hồng cầu và tình trạng dây dính nhiều sẽ gây khó khăn cho những trường hợp phải phẫu thuật lần sau. Kỹ thuật này chỉ thực hiện với trường hợp không có tinh trùng do tắc.

+ *Lấy tinh trùng từ mào tinh bằng xuyên kim qua da (PESA):* là phương pháp thu tinh trùng mà không cần phẫu thuật mở bao tinh hoàn và

bộc lộ mào tinh. So với MESA, tỷ lệ thành công của PESA thấp hơn (khoảng 65%), nhưng là phương pháp ít xâm lấn, có thể thực hiện được nhiều lần, đơn giản hơn và tinh trùng thu được thường ít lẫn máu và xác tế bào. Tương tự MESA, kỹ thuật lấy tinh trùng từ mào tinh bằng xuyên kim qua da thường chỉ được áp dụng cho những trường hợp không có tinh trùng do tắc.

+ *Lấy tinh trùng từ tinh hoàn bằng chọc hút (TESA):* sau khi gây tê và cố định tinh hoàn, phẫu thuật viên đâm kim qua da vào mô tinh hoàn và hút từ từ ra mẫu mô. Thường phải hút nhiều mẫu mô ở nhiều vị trí khác nhau. Kỹ thuật này có thể thực hiện cho cả 2 trường hợp không có tinh trùng do tắc hoặc không do tắc.

+ *Lấy tinh trùng từ tinh hoàn bằng phẫu thuật xẻ tinh hoàn (TESE):* kỹ thuật này tương tự sinh thiết tinh hoàn. Phẫu thuật bộc lộ tinh hoàn và lấy nhiều mẫu mô tinh hoàn. Các mẫu thu được sẽ được tách nhỏ hoặc sử dụng một số loại men để tăng khả năng thu được tinh trùng từ các ống sinh tinh. Tỷ lệ thu được tinh trùng khoảng 50% đối với các trường hợp không có tinh trùng không do tắc. Kỹ thuật này có thể thực hiện cho cả 2 trường hợp không có tinh trùng do tắc hoặc không do tắc.

- Chẩn đoán di truyền phôi tiền làm tổ.
- Trữ lạnh phôi, tinh trùng, noãn.

II. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Vô sinh nam

Y học cổ truyền chia vô sinh nam thành 8 thể bệnh:

1.1. Thận âm hư

Chứng trạng: Tinh dịch lượng ít, số lượng tinh trùng giảm, lưng đau, gối mỏi, đầu choáng, mắt hoa, nóng lòng bàn tay và bàn chân, có cảm giác sốt về chiều, ngủ kém, vã mồ hôi trộm, đại tiện táo, tiểu tiện sẻn đỏ, lưỡi đỏ ít hoặc không rêu.

Phương pháp điều trị: Tư âm bổ thận, điền tinh.

Bài thuốc: Ngũ tử diễn tông hoàn phối hợp với Tả quy ẩm gia giảm

Thỏ ty tử 15g, Kỷ tử 15g, Phúc bồn tử 15g, Thục địa 15g, Sơn thù 10g, Ngũ vị tử 10g, Hoài sơn 10g, Bạch linh 10g, Xa tiền tử 20g, Cam thảo 3g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.2. Thận dương bất túc

Chứng trạng: Tinh dịch lạnh loãng, số lượng tinh trùng giảm, độ di động kém, mệt mỏi, khó thở, sắc mặt trắng bệch, tay chân lạnh, sợ lạnh, liệt dương hoặc di tinh, tiểu đêm nhiều lần, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch yếu nhược.

Phương pháp điều trị: Ích thận ôn dương, bổ tinh.

Bài thuốc: Ngũ tử diễn tông hoàn phối hợp với Kim quỹ thận khí hoàn gia giảm

Nhục thung dung 10g, Tiên mao 10g, Dâm dương hoắc 10g, Phụ tử chế 10g, Nhục quế 10g, Sơn thù 10g, Ngũ vị tử 10g, Phúc bồn tử 10g, Thỏ ty tử 15g, Kỷ tử 15g, Hoài sơn 12g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.3. Khí huyết hư

Chứng trạng: Tinh dịch loãng, số lượng tinh trùng giảm, không ham muốn tình dục, liệt dương hoặc xuất tinh sớm, gầy yếu, sắc mặt không tươi, hoa mắt chóng mặt, mất ngủ, hay quên, ăn kém, đại tiện lỏng nát, lưỡi nhợt ít rêu.

Phương pháp điều trị: Ích khí kiện tỳ, dưỡng huyết sinh tinh.

Bài thuốc: Bát trân sinh tinh thang gia giảm

Đẳng sâm 10g, Bạch truật 10g, Bạch linh 10g, Bạch thược 10g, Đương quy 10g, A giao 10g, Hoàng kỳ 15g, Thục địa 15g, Thỏ ty tử 15g, Kỷ tử 15g, Hoàng tinh 15g, Tử hà xa 15g, Cam thảo 3g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.4. Tỳ thận lưỡng hư

Chứng trạng: Tinh dịch lạnh loãng, số lượng và chất lượng tinh trùng suy giảm, không ham muốn tình dục, liệt dương hoặc di tinh, lưng đau, gối mỏi, sắc mặt nhợt nhạt, bụng đầy chậm tiêu, ăn kém, lưỡi nhợt rêu trắng, mạch chìm và yếu.

Phương pháp điều trị: Ôn bổ tỳ thận, ích khí sinh tinh.

Bài thuốc: Thập tử thang phối hợp với Lục quân tử thang gia giảm

Thỏ ty tử 15g, Tang thầm 15g, Kỷ tử 15g, Nữ trinh tử 15g, Phá cố chỉ 15g, Sà sàng tử 15g, Phúc bồn tử 10g, Kim anh tử 10g, Ngũ vị tử 10g, Bạch linh 10g, Bạch truật 10g, Đẳng sâm 10g, Trần bì 10g, Bán hạ chế 10g, Xa tiền tử 20g, Cam thảo 3g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.5. Thấp nhiệt hạ chú

Chứng trạng: Tinh dịch đặc lâu hóa lỏng và có nhiều bạch cầu, chất lượng tinh trùng giảm, tỷ lệ chết nhiều. Sau sinh hoạt hay đau tức dương vật và tinh hoàn, tiểu tiện sẻn đỏ, có cặn đục, chân tay mỏi nặng, tâm phiền miệng khát, đại tiện khó, lưỡi đỏ rêu vàng dính.

Phương pháp điều trị: Phải thanh nhiệt lợi thấp, tiêu thũng giải độc.

Bài thuốc: Long đởm tả can thang phối hợp với Tỳ giải thẩm thấp thang gia giảm

Long đởm thảo 10g, Hoàng bá 10g, Thông thảo 10g, Hoàng cầm 10g, Chi tử 10g, Đan bì 10g, Trạch tả 10g, Bạch linh 10g, Đương quy 10g, Tỳ giải 20g, Xa tiền 20g, Ý dĩ 20g, Sinh địa 20g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.6. Đàm trọc ngưng trệ

Chứng trạng: Tinh dịch lượng ít, không có hoặc có rất ít tinh trùng, khó xuất tinh, tinh hoàn hay sưng nề đau cứng, đầu choáng mắt hoa, tức ngực, béo trệ, lưỡi bệu và có vết hằn răng.

Phương pháp điều trị: Hóa đàm lý khí, hóa kết thông lạc.

Bài thuốc: Thương phụ đạo đàm thang gia giảm

Thương truật 10g, Trần bì 10g, Bán hạ chế 10g, Đởm nam tinh 10g, Hương phụ 10g, Bạch linh 10g, Bạch truật 10g, Trạch tả 10g, Xa tiền tử 15g, Xuyên sơn giáp 15g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.7. Huyết ứ trở trệ

Chứng trạng: Giãn tĩnh mạch thừng tinh, đau khi xuất tinh, không có hoặc có rất ít tinh trùng, tỷ lệ chết cao, trong tinh dịch có hồng cầu, bụng dưới và dịch hoàn đau chướng, lưỡi có nhiều điểm ứ huyết.

Phương pháp điều trị: Phải hoạt huyết hóa ứ thông tinh.

Bài thuốc: Huyết phủ trục ứ thang gia giảm

Sài hồ 10g, Chỉ xác 10g, Ngưu tất 10g, Hồng hoa 10g, Đào nhân 10g, Xích thược 10g, Đương quy 10g, Xuyên sơn giáp 15g, Kê huyết đằng 15g, Đan sâm 20g, Vương bất lưu hanh 20g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.8. Hàn trệ can mạch

Chứng trạng: Tinh dịch lạnh loãng, bộ hạ đau chướng và lạnh, sau sinh hoạt bụng dưới và tinh hoàn đau tức, lưng đau gối mỏi, tay chân lạnh, sợ lạnh, lưỡi nhợt và bệu, mạch căng như dây đàn.

Phương pháp điều trị: Noãn can tán hàn, ôn kinh hành khí.

Bài thuốc: Noãn can tiễn gia giảm

Nhục quế 10g, Tiểu hồi hương 10g, Ô dược 10g, Đương quy 10g, Bạch linh 10g, Sinh khương 3g, Kỷ tử 15g.

Sắc uống mỗi ngày một thang.

1.9. Một số kinh nghiệm điều trị khác

1.9.1. Tinh suy

Triệu chứng: Lưng đùi tê mỏi, tinh thần mỏi mệt yếu sức, kiêm chứng tinh dịch loãng, không thiết tha về sinh lý, tinh trùng giảm ít.

Phương pháp điều trị: Thận hư tinh yếu.

Bài thuốc 1: Nam tử bất dục phương

Tang phiêu tiêu 12g, Sa tiền tử 12g, Thỏ ty tử 12g, Hà thủ ô 12g, Kỷ tử 16g, Lộc giác giao 12g, Quy đầu 16g, Nhục thung dung 16g, Sa sàng tử 12g, Nữ trinh tử 08g, Ngũ vị tử 08g, Phúc bồn tử 12g, Hoàng tinh 16g.

Bài thuốc 2: Ích tinh lưu lân hoàn

Thục địa 30g, Sa tiền 10g, Thỏ ty tử 30g, Nhục

quế 10g, Phục linh 10g, Phúc bồn tử 25g, Lộc nhung 5g, Đào nhân 15g, Kỷ tử 30g.

Bài thuốc 3: Bổ thận sinh tinh phương

Cốt toái bổ 16g, Nhục thung dung 16g, Nữ trinh tử 08g, Thục địa 16g, Sà sàng tử 12g, Phúc bồn tử 12g, Thỏ ty tử 12g, Dâm dương hoắc 12g, Kỷ tử 16g.

Gia giảm: Âm hư gia Sinh địa 12g, Hoàng bá 10g, Tri mẫu 12g. Dương hư gia Tiên mao 12g, Phụ tử 04g, Nhục quế 08g. Kiêm khí trệ huyết ứ gia Hương phụ 08g, Phật thủ 12g, Xuyên khung 08g, Xích thược 12g.

1.9.2. Dương hư

Triệu chứng: Không có con, kiêm các chứng dương nuy, tảo tiết hoặc kiểm tra số lượng tinh trùng quá ít, hoặc số tinh trùng hoạt động không nhiều, hoặc tinh trùng dị dạng phần nhiều do tinh suy dương yếu.

Bài thuốc: Lý thị dục tự thang

Nhục thung dung 15g, Đông quy tử 15g, Ba kích 15g, Ngũ vị tử 15g, Hà thủ ô 24g, Tiên mao 15g, Thỏ ty tử 15g, Phúc bồn tử 15g, Lộc giác giao 15g, Dâm dương hoắc 15g, Thục địa 15g.

1.9.3. Vô tinh

Triệu chứng: Nếu kiểm tra không có tinh trùng thì phải bổ thận trợ dương sinh tinh ích tuỷ.

Bài thuốc: Chủng tử đan

Câu kỷ tử 16g, Khiếm thực 16g, Liên tu 16g,

Phúc bồn tử 160g, Sơn thù (bỏ hột, tẩy rượu) 8g, Tật lê 16g, Thỏ ty tử (chưng rượu) 8g, Tục đoạn 16g.

1.9.4. Dương hư ứ trệ

Triệu chứng: Dương hư tinh yếu mà kiêm chứng sắc mặt đen sạm, chất lưỡi tía tối là do tinh huyết của thận nguyên dương bất túc, lại kiêm cả ứ trệ.

Bài thuốc: Lư thị hoàn xuân khẩu phục dịch

Lộc nhung 5g, Hoa tam thất 15g, Nhân sâm 15g, Dâm dương hoắc 15g, Kỷ tử 15g. Các vị trên ngâm rượu trong 2 tuần, lọc bỏ bã lấy nước trong, mỗi lần uống 10ml, ngày 2 lần.

1.9.5. Tỳ hư

Triệu chứng: Kiêm chứng đại tiện lỏng, ăn kém là do tỳ khí hư yếu thận tinh kém.

Phương pháp điều trị: Kiện tỳ bổ thận.

Bài thuốc: Điền tinh chủng tử hoàn

Hoàng kỳ 120g, Kỷ tử 90g, Bạch sâm 120g, Hồ lô ba 90g, Đỗ trọng 60g, Nhục thung dung 90g, Tiên mao 90g, Thục địa 120g, Hoài sơn 120g, Bạch truật 100g, Sa nhân 3g, Lộc giác giao 90g, Ba kích 90g, Ngưu tất 60g, Phá cố chỉ 90g, Cẩu tích 90g, Sơn thù 90g, Phỉ thái tử 90g, Cam thảo 60g, Tiên linh bì 90g, Tục đoạn 60g.

Tán bột luyện mạt làm viên, mỗi viên nặng 10g, ngày uống 3 viên, mỗi lần 1 viên.

1.9.6. Thấp nhiệt

Triệu chứng: Phòng lao quá độ hoặc có tiền sử

tổn thương bộ phận sinh dục mà không sinh con được, kiêm chứng phát sốt về chiều, tâm phiền khát nước, tiểu tiện vàng, đại tiện táo, lưng đùi tê mỏi, đổ mồ hôi trộm, lưỡi ít rêu hoặc rêu vàng nhớt, hoặc kiểm tra tinh dịch không biến hoá.

Phương pháp điều trị: Can thận âm hư kiêm cả thấp nhiệt.

Bài thuốc:

- Nếu thiên về âm hư dùng bài Bất dục cơ bản phương số 1

Phục linh 10g, Tri mẫu 6g, Bích đào can 10g, Sa tiền 10g, Kỷ tử 10g, Đan bì 6g, Trạch tả 10g, Bạch thược 10g, Ngọc bích tán 15g, Sinh địa 12g.

- Nếu thiên về thấp nhiệt dùng Hoá tinh thang

Ý dĩ 30g, Hố trượng 12g, Sinh địa 10g, Mạch môn 15g, Nữ trinh tử 10g, Hoạt thạch 20g, Phục linh 10g.

Gia giảm: Nhiệt thịnh gia Tri mẫu 10g, Huyền sâm 10g.

Thấp thịnh gia Trư linh 10g, Trạch tả 10g, Mộc thông 10g.

1.9.7. Tỳ phế khí hư

Triệu chứng: Vô sinh dễ bị cảm, tắc mũi, họng đau khái thấu, đại tiện nhão hoặc ăn uống không giữ gìn nóng lạnh là đại tiện lỏng, nôn mửa, buồn nôn, trướng bụng, đau bụng hoặc váng đầu tự ra mồ hôi, sắc mặt kém tươi, mạch tế nhược, lưỡi nhạt rêu trắng, cạnh lưỡi có vết răng.

Bài thuốc: Bất dục cơ bản phương số 1

Nhân sâm 10g, Sa nhân 2g, Mộc hương 6g, Ý dĩ 15g, Hoàng liên 2g, Phục linh 10g, Bạch truật 10g, Kê nội kim 6g, Hoài sơn 10g, Hoàng kỳ 12g.

1.10. Điều trị không dùng thuốc

- Thanh tâm quả dục: tinh sinh huyết, không những giao cấu tổn tinh mà tất cả những việc làm tổn huyết cũng phải kiêng. Do đó cần phải lao động có tiết độ (tiết lao).

- Thận chủ bế tàng, can chủ sơ tiết, hai tạng này đều có tướng hỏa, đều liên hệ vào tâm mà tâm là quân hỏa. Vì vậy giận tổn thương can, tướng hỏa động thì động đến chức năng sơ tiết của can, bế tàng của thận, tuy không giao cấu mà tinh cũng chảy ngầm. Do đó, phải luôn cho tinh thần được thư thái, thanh tâm kiềm chế cái ham muốn, cái dục vọng vào trong.

- Rượu làm động huyết, uống rượu thì mặt đỏ, tay chân đỏ, đó là làm loạn huyết. Người khí huyết suy, phải vài ba tháng không giao cấu thì tinh mới đặc lại. Nếu đêm nào say rượu thì tinh loãng ngay. Do đó phải kiêng rượu.

- Sách Nội kinh nói: tinh không đủ thì bổ bằng vị ăn. Nhưng vị nồng gắt thì không thể sinh tinh được, chỉ có vị điềm đạm mới có thể bổ tinh. Thiên hồng phạm bàn về vị ăn có nói: các sản vật thế gian chỉ có ngũ cốc là vị chính yếu, nếu có thể ăn

thuần ngũ cốc rất hay sinh tinh, như nấu cháo và cơm, trong đó có chất nước đặc tụ lại thành đám, đó là dịch của gạo tụ lại, ăn vào rất có thể sinh tinh, cho nên phải cẩn thận thức ăn.

Châm cứu chữa bệnh vô sinh của nam

Châm cứu có thể có vai trò trong việc chữa trị một số dạng vô sinh nam nhất định. Các nhà khoa học thuộc Viện Nghiên cứu Christian-Lauritzen (Đức) đã ghi nhận được sự cải thiện về chất lượng tinh trùng sau khi châm cứu, đặc biệt là tính nguyên vẹn về cấu trúc của tinh trùng.

Một nghiên cứu đã làm liệu pháp châm cứu ở 28 đàn ông có những dị tật về tinh trùng, bao gồm tinh trùng không di động, dị dạng và số lượng tinh trùng thấp. Một tập hợp các huyệt đạo tiêu chuẩn trên toàn cơ thể đã được sử dụng. Kết quả châm cứu cho thấy sự gia tăng đáng kể tỷ lệ phần trăm và số lượng tinh trùng không có dị tật về cấu trúc.

2. Vô sinh nữ

Theo y học cổ truyền, vô sinh nữ chia làm 4 thể.

2.1. Thể thận hư

Triệu chứng: Bụng dưới lạnh, có lúc đau âm ỉ, hành kinh thường muộn, sắc nhợt lượng ít, lưng

gối mỏi, tiểu nhiều lần, nước tiểu trong, ít dục tính, thân lưỡi bệu rêu ít, mạch trầm trì vô lực.

Phương pháp điều trị: Ôn bộ thận dương.

Bài thuốc 1: Hữu quy hoàn (Cảnh nhạc toàn thư)

Thục địa 20g; Thỏ ty tử 12-16g; Sơn dược 12g; Thục phụ tử 6-10g; Sơn thù 12g; Nhục quế 6-10g; Câu kỷ tử 16g; Đương quy 12g; Đỗ trọng 12g; Lộc giác giao 16g.

Bài thuốc có tác dụng Ôn bổ thận dương và bổ huyết.

Bài thuốc 2:

Thục địa 60g; Sơn thù 45g; Câu kỷ tử 60g; Đương quy 45g; Tiên linh tỳ 60g; Sơn dược 30g; Tử hà xa 60g; Phục linh 30g; Đỗ trọng 45g; Lộc giác sương 30g; Thỏ ty tử 45g.

Tất cả đều tán nhỏ luyện mật viên, mỗi viên nặng 10g, mỗi lần uống 1 viên với nước sôi để nguội, ngày 2 lần. Dùng cho thể thận hư.

2.2. Thể huyết hư

Triệu chứng: Sắc mặt tái nhợt, da kém tươi nhuận, hay hoa mắt chóng mặt, hành kinh ít, sắc nhợt, kinh thường muộn, môi lưỡi tái nhợt, rêu mỏng, mạch tế nhược hoặc tế sác.

Phương pháp điều trị: Dưỡng huyết tư âm.

Bài thuốc: Tứ vật thang gia vị

Thục địa 16g; Câu kỷ tử 12g; Đương quy 12g;

Thỏ ty tử 12g; Bạch thược 12g; Hà thủ ô 12g; Xuyên khung 8g; Hạn liên thảo 12g.

Trong bài Tứ vật bổ huyết điều kinh, gia Thỏ ty tử 08g, Câu kỷ tử 16g, bổ khí huyết, Hà thủ ô 12g ích khí huyết, Hạn liên thảo 16g tư âm bổ huyết... Trường hợp khí huyết đều hư dùng bài Bát trân thang (Thục địa 16g, Xuyên khung 08g, Bạch thược 12g, Quy bắc 16g, Đẳng sâm 16g, Bạch linh 12g, Bạch truật 12g, Cam thảo 08g).

2.3. Can khí uất

Triệu chứng: Chu kỳ kinh sớm muộn không đều, lúc hành kinh người bứt rứt, tính tình nóng nảy hoặc đau kinh, lượng kinh ít nhiều thất thường, màu thâm tím hoặc có máu cục, chất lưỡi tươi nhuận hoặc đỏ tím (?), mạch huyền.

Phương pháp điều trị: Sơ can lý khí dưỡng huyết kiện tỳ.

Bài thuốc: Tiêu dao tán (Sài hồ 1g, Đương quy 16g, Bạch thược 16g, Bạch truật 16g, Bạch linh 16g, Chích thảo 08g, Bạc hà 08g, Sinh khương 03 lát) gia vị; Ích mẫu thảo 12g để hoạt huyết điều kinh, hương phụ 08g lý khí điều kinh.

Đương quy 10g; Sài hồ 10g; Bạch thược 10g; Bạch linh 10g; Hương phụ 10g; Bạch truật 10g; Hợp hoan bì 10g; Hoa phấn 10g; Mai khôi hoa 10g; Ích mẫu 20g.

Sắc uống.

2.4. Thể đàm thấp

Triệu chứng: Hình thể béo mập, kinh nguyệt thường muộn, sắc nhợt, huyết trắng ra nhiều hoặc ngực, vú tức, bụng đầy, người mệt mỏi, thân lưỡi bệu, rêu dày dính, mạch trầm hoạt hoặc nhỏ hoạt.

Phương pháp điều trị: Hóa đờm táo thấp hành khí kiện tỳ.

Bài thuốc: Thương phụ đạo đờm hoàn

Thang gia giảm: Bán hạ 10g, Nam tinh 12g, Đẳng sâm 16g, Xương bồ 12g, Trúc nhự 08g, Chỉ thực 10g, Phục linh 12g, Cam thảo 08g, Sinh khương 03 lát.

2.5. Giới thiệu một số bài thuốc kinh nghiệm chữa vô sinh nữ

Bài 1:

Xuyên khung 10g; Bạch truật 10g; Pháp bán hạ 10g; Trần bì 10g; Bạch linh 10g; Hương phụ 12g.

Sắc uống sau khi sạch kinh mỗi ngày 1 thang, uống liền 6 thang trong 2-3 chu kỳ kinh. Đồng thời kết hợp châm cứu các huyệt Quan nguyên, Tử cung, Tam âm giao, Túc tam lý, Thiên khu, Trung cực. Tốt đối với chứng không thụ thai do tử cung phát triển chậm.

Bài 2:

Câu kỷ hoang tinh 15g; Ngũ vị tử 20g; Thỏ ty tử 12g; Đảng sâm 30g; Phúc bồn tử 10g; Hoàng kỳ 30g; Xa tiền tử 10g; Đài ô 10g.

Dùng đối với thể can thận hư, uống 30-50 thang.

Trong thời gian uống cần dặn bệnh nhân chú ý giao hợp trong thời gian trước và sau thời kỳ trứng rụng 1-2 ngày (vì trứng đã rụng có khả năng thụ tinh trong 24 giờ) và không nên giao hợp dày hoặc quá thưa.

Châm cứu chữa bệnh vô sinh nữ

Một nghiên cứu của Đức cho thấy, bổ sung châm cứu vào chương trình điều trị của những phụ nữ cần thụ tinh trong ống nghiệm có thể làm tăng cơ hội mang thai của họ. Họ đã tiến hành nghiên cứu trên 160 phụ nữ muốn sinh con bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, ở độ tuổi trung bình là 32. Họ đã từng làm thụ tinh trong ống nghiệm 2 lần. Các phụ nữ này được chia đều thành 2 nhóm:

- Nhóm 1: Được châm cứu.
- Nhóm 2: Không được châm cứu.

Việc châm cứu được thực hiện 25 phút trước và sau khi đưa phôi vào tử cung nhằm làm tăng luồng máu và năng lượng tới tử cung, đồng thời tạo hiệu quả an thần và ổn định hệ miễn dịch. Kết quả cho thấy 42,5% phụ nữ của nhóm 1 đã mang thai so với 26,3% của nhóm 2.

Một kết luận được rút ra là: sự kích thích vào các điểm châm cứu được chọn có thể đã làm giảm co thắt tử cung (hiện tượng hay gặp khi chuyển

phôi vào tử cung, gây trở ngại cho việc cấy phôi). Với phương pháp châm cứu này hy vọng rằng những cặp vợ chồng hiếm muộn sẽ sớm có niềm vui đón đứa con đầu lòng.

Chương 3

PHÒNG BỆNH VÔ SINH

1. Nam giới

1.1. Giáo dục sức khỏe

- Kiên trì quan hệ tình dục thường xuyên, đều đặn, không sử dụng bất kỳ phương pháp tránh thai nào, tốt nhất quan hệ về đêm thì khả năng thụ thai cao hơn.

- Tích lũy tinh trùng: Người chồng cần "để dành" tinh trùng cho ngày người phụ nữ rụng trứng. Tích lũy tinh trùng càng nhiều thì khả năng thụ thai càng lớn. Cụ thể, có thể ngừng quan hệ tình dục trong vài ngày trước ngày người vợ rụng trứng.

- "Tung quân đúng lúc": Trong giai đoạn rụng trứng, tăng cường mật độ quan hệ tình dục, ít nhất một ngày một lần, liên tục trong 3 ngày. Nếu không theo dõi được ngày rụng trứng thì hãy quan hệ ít nhất một lần/ngày, liên tục từ ngày thứ 8 đến ngày thứ 20 (tính từ ngày đầu tiên thấy kinh). Cần lưu ý: Tinh trùng chỉ sống được 3 ngày trong cơ thể người phụ nữ, với mật độ quan hệ

dày như vậy sẽ giúp nâng cao cơ hội tinh trùng gặp được trứng để thụ tinh.

- Vệ sinh cơ thể và bộ phận sinh dục sạch sẽ. Mặc quần áo rộng rãi, đặc biệt là quần lót, tránh chèn ép bộ phận sinh dục.

- Ăn uống theo chế độ hợp lý, kiểm soát trọng lượng cơ thể. Tuy nhiên vẫn phải ăn uống hợp lý và có chế độ dinh dưỡng phù hợp sẽ tăng cường "nam tính" cho đàn ông: bổ sung kẽm, đồng... là các yếu tố vô cùng cần thiết để tăng nồng độ testosterone trong cơ thể, bổ sung cả chất và lượng cho tinh trùng. Ngoài ra, các loại vitamin (C, E...) giúp ngăn chặn tình trạng đóng cục tinh trùng, đảm bảo sức khỏe cho các "tinh binh". Để tăng cường chất và lượng cho các "tinh binh", có thể bổ sung vào bữa ăn của mình các món ăn chế biến từ sò, ốc, cá, thịt, ngũ cốc... Đồng thời, có chế độ ăn cung cấp đủ lượng axit folic có trong gan động vật, men bia, các loại rau lá xanh (bông cải xanh, măng tây, rau diếp, bầu, bí), đậu, ngũ cốc, thịt, sữa, trái cây (chanh, cam, quýt, chuối, dưa) và các chế phẩm của sữa (như sữa chua), chè... Đặc biệt, nên uống nhiều nước để cung cấp đủ lượng nước cho cơ thể.

- Tập thể dục thể thao đều đặn. Thư giãn cơ thể, thoải mái tinh thần, tránh căng thẳng, lo lắng.

- Tránh các chất kích thích như ma túy, bia rượu, cà phê, thuốc lá...

- Chữa các bệnh toàn thân ảnh hưởng đến chức năng sinh sản như quai bị.

- Chữa dứt điểm các bệnh lý lây lan qua đường tình dục như lậu, giang mai... và một số bệnh lý như viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn, tắc ống dẫn tinh, xuất tinh sớm, rối loạn cương dương...

- Tránh tiếp xúc với các hóa chất độc hại. Nếu phải làm việc cùng thì phải có bảo hộ lao động hoặc chuyển công việc khác nếu có thể.

- Không dùng các chất bôi trơn khi quan hệ tình dục.

- Thăm khám định kỳ và điều trị đúng phác đồ theo sự chỉ dẫn của bác sĩ.

1.2. Phòng bệnh

- Chế độ ăn có nhiều hoa quả và rau xanh, giàu chất chống ôxy hóa giúp cải thiện sức khỏe "tinh binh". Đàn ông cũng không nên ăn thức ăn có chứa nhiều dầu mỡ, không để béo phì.

- Không nên hút thuốc và uống rượu. Cần chú ý tránh tiếp xúc với những vật chất độc hại trong cuộc sống.

- Duy trì thói quen vệ sinh sạch sẽ để phòng ngừa các căn bệnh truyền nhiễm có hại đến khả năng sinh sản của đàn ông như các bệnh quai bị, viêm tuyến tiền liệt... Nên tiêm vắcxin phòng ngừa.

- Một số nghiên cứu cho thấy, thừa cân và béo phì ảnh hưởng không tốt đến chất lượng tinh trùng, làm giảm số lượng cũng như khả năng di chuyển của "tinh binh". Vì vậy duy trì cân nặng hợp lý sẽ giúp bảo vệ "con giống".

- Cần hiểu một số kiến thức nhất định về tình dục, hiểu được đặc trưng sinh lý của đàn ông cũng như các kiến thức bảo vệ sức khoẻ. Nếu thấy tinh hoàn có những hiện tượng khác lạ như sưng to, cứng, đau buốt thì cần phải đi khám bác sĩ ngay.

- Stress có thể làm giảm khả năng tình dục và ảnh hưởng đến những hormon cần thiết để sản xuất tinh trùng. Hãy học cách kiểm soát và đối phó với stress để cải thiện sức khỏe tổng thể.

- Tập luyện thể chất không chỉ giúp cải thiện sức khỏe tinh trùng mà còn giúp tăng cường sức khỏe nói chung. Hãy chọn hình thức tập luyện phù hợp và đặt mục tiêu tập luyện hàng ngày.

- Nếu thường xuyên phải tiếp xúc với các chất phóng xạ hoặc làm việc trong môi trường nhiệt độ cao và có nhiều chất độc thì cần phải nghiêm túc thực hiện thao tác làm việc theo chế độ bảo hộ lao động. Khi muốn có con thì cần phải ra khỏi những môi trường làm việc như vậy trong vòng nửa năm rồi mới nghĩ đến chuyện sinh con.

- Tinh hoàn là cơ quan quan trọng trong sinh sản. Tinh hoàn hoạt động tốt nhất trong môi trường nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ cơ thể 1°C. Nếu

nhiệt độ cao sẽ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản tinh trùng. Vì vậy mà mọi nguyên nhân khiến nhiệt độ tinh hoàn tăng cao đều cần phải tránh như đi xe đạp lâu, tắm ngâm nước nóng, mặc quần bò...

- Các bệnh lây truyền qua đường tình dục như chlamydia và bệnh lậu là nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh ở cả nam và nữ. Để bảo vệ bản thân khỏi các bệnh lây truyền qua đường tình dục, nên quan hệ chung thủy với một bạn tình và sử dụng các biện pháp bảo vệ khi giao hợp.

- Không dùng các chất bôi trơn khi quan hệ tình dục.

- Khi lập gia đình thì nên thường xuyên nói chuyện với vợ về những vấn đề rắc rối trong cuộc sống tình dục. Hiểu nhau, cùng nhau hợp tác thì sẽ tránh được các hiện tượng như xuất tinh sớm, liệt dương.

- Thăm khám nam khoa định kỳ hoặc khi có triệu chứng bất thường.

2. Nữ giới

2.1. Giáo dục sức khỏe

- Ăn uống theo chế độ hợp lý, giảm cân nếu béo phì, tăng cân nếu quá gầy.

- Tập thể dục, thể thao nhẹ nhàng như yoga. Thư giãn cơ thể, thoải mái tinh thần, tránh căng thẳng, lo lắng.

- Tránh các chất kích thích như bia rượu, cà phê, thuốc lá...

- Kiên trì quan hệ tình dục thường xuyên, đều đặn, không sử dụng bất kỳ phương pháp tránh thai nào, tốt nhất quan hệ về đêm để khả năng thụ thai cao hơn.

- Chữa các bệnh toàn thân ảnh hưởng đến chức năng sinh sản như suy tuyến yên, vùng dưới đồi...

- Chữa dứt điểm các bệnh lý phụ khoa như u xơ tử cung, viêm ống dẫn trứng, viêm tử cung, viêm cổ tử cung và viêm âm đạo âm hộ...

- Tránh tiếp xúc với các hóa chất độc hại.

- Giữ gìn vệ sinh vùng kín đúng cách: nhiều chị em vì không biết hoặc biết mà vẫn cố tình xối mạnh nước vào thẳng trong âm đạo vì nghĩ rằng như thế sẽ sạch sẽ hơn. Điều này là một thói quen rất xấu, vì nó có thể sẽ khiến vi khuẩn bị đẩy ngược đi lên tử cung gây viêm loét, tắc ống dẫn trứng gây vô sinh.

- Thăm khám định kỳ và điều trị đúng phác đồ theo sự chỉ dẫn của bác sĩ.

- Xác định ngày rụng trứng để quan hệ làm tăng khả năng mang thai. Có rất nhiều cách tính khác nhau:

+ Tính theo chu kỳ kinh: Nếu chu kỳ kinh đều 28-32 ngày: Thời gian rụng trứng ước tính có thể vào khoảng từ ngày thứ 11 đến ngày thứ 21 tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng. Ví dụ:

Ngày đầu tiên của ngày hành kinh là mùng 2 tháng 9 năm 2016 thì thời gian rụng trứng dự tính là từ ngày 13 tháng 9 năm 2016 đến ngày 23 tháng 9 năm 2016.

Hoặc trong khoảng 12 đến 16 ngày tính ngược từ ngày bắt đầu hành kinh của tháng tới. Ví dụ: Ngày bạn dự tính hành kinh trong tháng tiếp theo là ngày mùng 6 tháng 6 năm 2016 thì thời gian dự tính rụng trứng sẽ là trong khoảng 20 tháng 5 năm 2016 đến ngày 24 tháng 5 năm 2016.

+ Tính theo biểu đồ nhiệt độ cơ thể: Theo dõi nhiệt độ hàng ngày ngay sau khi thức dậy vào buổi sáng (chưa bước ra khỏi giường) và vẽ trên biểu đồ để tìm khoảng tăng và hạ nhiệt.

+ Cách tính thời điểm rụng trứng là 14 ngày trước ngày đầu tiên của kỳ kinh tiếp theo trong chu kỳ kinh 28 ngày. Đây là sự ước tính bình quân thời điểm rụng trứng trên rất nhiều phụ nữ. Nhưng rất nhiều phụ nữ không rụng trứng vào ngày thứ 14 của chu kỳ 28 ngày. Vì vậy đây là cách ước tính không thích hợp.

+ Theo dõi dịch âm đạo: Trong khoảng thời gian trứng rụng trong vòng 12 đến 24 giờ, dịch âm đạo sẽ ra nhiều hơn. Nếu quan hệ trong thời gian này hoặc trước thời gian này một vài hôm cũng có thể có kết quả.

+ Bộ que thử ngày trứng rụng (LH test kit): nhằm xác định lượng hormon luteinzing có tác

dụng kích thích phóng noãn (rụng trứng) và hình thành hoàng thể. Lượng hormon này sẽ tăng lên trước khi rụng trứng. Vì vậy que thử có tác dụng kiểm tra liệu chuẩn bị có trứng rụng hay chưa chứ không thể chắc chắn rằng bạn có rụng trứng hay không? Nhiều phụ nữ có lượng hormon LH cao như buồng trứng đa nang, suy buồng trứng sớm hoặc phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh đều làm cho kết quả có dương tính giả.

+ Dựa vào một hoặc vài những triệu chứng sau: Ra nhiều dịch nhày âm đạo màu trắng trong; Đau nhẹ ở một bên bụng dưới; Ra chút máu; Tăng ham muốn tình dục; Đau nhẹ vú; Bụng chướng nhẹ; Nhạy cảm thị giác, mùi và vị.

2.2. Phòng bệnh

- Quan hệ tình dục lành mạnh: luôn sử dụng bao cao su để phòng tránh những bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, viêm nhiễm phụ khoa. Tránh quan hệ tình dục với nhiều bạn tình. Quan hệ tình dục thường xuyên, đều đặn, tốt nhất quan hệ về đêm để khả năng thụ thai cao hơn.

- Tránh nạo, hút thai nhiều lần: việc nạo hút thai nhiều lần sẽ làm ảnh hưởng nhiều tới dạ con, buồng trứng, gây nguy cơ vô sinh cao.

- Tránh stress thường xuyên: thường xuyên bị stress chính là nguyên nhân ảnh hưởng đến chức năng của bộ não và tuyến yên làm cho nội tiết tố

sinh dục sẽ giảm xuống, khả năng thụ thai sẽ khó hơn rất nhiều.

- Kiểm tra, thăm khám định kỳ: nên thăm khám, kiểm tra định kỳ sức khỏe sinh sản để phát hiện sớm những bệnh dễ gây vô sinh như tắc vòi trứng, viêm nhiễm khuẩn đường sinh dục, viêm tử cung...

- Tránh các thói quen có hại: các thói quen như uống rượu, hút thuốc, thụt rửa âm đạo liên tục... đều có thể làm suy giảm chức năng buồng trứng và dễ gây mãn kinh sớm.

- Có chế độ ăn uống hợp lý, tránh ăn kiêng, bỏ bữa, giảm cân, hay ăn quá nhiều. Bổ sung các loại vitamin cần thiết để bồi bổ sức khỏe, đặc biệt là vitamin E có tác dụng tăng cường chức năng hoạt động của buồng trứng làm tăng khả năng sinh sản.

- Không uống thuốc giảm đau trong thời kỳ rụng trứng.

- Tránh tiếp xúc với các hóa chất độc hại.

- Mặc quần áo rộng rãi, sạch sẽ. Đồ lót phải thay giặt hàng ngày và phơi dưới ánh sáng mặt trời.

- Vệ sinh sạch sẽ trong thời kỳ kinh nguyệt. Giữ gìn vệ sinh đúng cách, tránh xối nước thẳng vào âm đạo hay thụt rửa âm đạo.

- Nên sử dụng một biện pháp tránh thai an toàn, không sử dụng thuốc tránh thai bừa bãi, đặc biệt là thuốc tránh thai khẩn cấp. Thuốc tránh

thai hàng ngày cũng không nên dùng quá lâu (nên uống 6 tháng thì nghỉ một thời gian, dùng biện pháp bảo vệ khác như dùng bao cao su cho chồng). Nếu đặt dụng cụ tử cung, phải thường xuyên thăm khám tránh viêm nhiễm. Trước khi đặt vòng, cần điều trị các viêm nhiễm phụ khoa nếu có.

- Nên điều trị dứt điểm các viêm nhiễm phụ khoa. Khi đã xảy ra viêm nhiễm thì việc chữa trị đúng cách cũng rất quan trọng. Bên cạnh việc sử dụng các loại thuốc kháng sinh đặc trị, biện pháp điều trị được sử dụng phổ biến nhất là đốt điện. Về cơ bản, biện pháp này đưa lại những hiệu quả nhất định nhưng cũng không nên quá lạm dụng, do việc điều trị bằng biện pháp đốt điện có thể gây chai cổ tử cung, từ đó dẫn đến những ảnh hưởng bất lợi cho các lần sinh nở sau.

2.3. Một số điều cần biết về chăm sóc trong thời kỳ kinh nguyệt

Bộ phận sinh dục ở phụ nữ khá nhạy cảm, chỉ cần những thay đổi nhỏ cũng khiến cho "vùng kín" bị mất cân bằng và gây ra những bệnh viêm nhiễm phụ khoa. Đặc biệt hơn, trong thời kỳ kinh nguyệt, bộ phận sinh dục thường nhạy cảm hơn, thêm vào đó là việc mặc băng vệ sinh khiến vùng này luôn "bí", kết hợp với máu kinh thấm ra ngoài là môi trường thích hợp cho vi khuẩn khu trú,

sinh sôi và gây bệnh. Do vậy, việc vệ sinh vùng kín trong kỳ kinh nguyệt cần hết sức chú trọng.

Máu kinh khi ở bên trong cơ thể thì có thể rất sạch, nhưng khi ra môi trường bên ngoài thì nó lại là nguồn gây ra nhiều bệnh tật cho "vùng kín" của chị em. Hơn nữa, trong thời gian này, cổ tử cung ở chị em thường "hé mở", dễ khiến vi khuẩn xâm nhập vào cả bên trong và gây bệnh. Để tránh tình trạng đó, trong thời gian hành kinh, chị em cần lưu ý những điểm sau:

- Chỉ sử dụng băng vệ sinh sạch và còn khả năng thấm hút. Phải chọn loại đã tiệt trùng và chưa quá hạn sử dụng, băng vệ sinh phải mềm có tính thấm tốt để có cảm giác thoải mái và còn có thể ngăn ngừa máu kinh chảy ra ngoài. Băng vệ sinh phải có tính cố định tốt, mềm và thoáng khí, đồng thời chỉ sử dụng một lần là bỏ. Bất luận sử dụng loại giấy vệ sinh hay băng vệ sinh nào cũng phải siêng thay đổi, lúc thay phải chú ý vệ sinh môi trường và rửa sạch tay. Nên thay băng vệ sinh 4-6 giờ/lần. Nếu kinh nguyệt ra nhiều, có thể thay sớm hơn.

- Khi thay băng vệ sinh phải đồng thời vệ sinh "vùng kín" sạch sẽ. Tuy nhiên, trong thời kỳ kinh nguyệt, do tính chất nhạy cảm và nguy cơ viêm nhiễm cao, chị em chỉ cần dùng nước muối loãng, hoặc nước trà xanh, hoặc dung dịch vệ sinh phụ nữ chuyên dụng để vệ sinh. Không dùng xà bông,

sữa tắm để rửa “vùng kín” vì tính kiềm mạnh sẽ làm độ pH vùng kín bị thay đổi, gây khô rát.

- Thực hiện thao tác vệ sinh “vùng kín” đúng cách: rửa từ trước ra sau; chỉ rửa bộ phận sinh dục ngoài (âm hộ), không thụt rửa sâu vào trong âm đạo. Sau khi rửa sạch, nên dùng khăn bông sạch, mềm, thấm khô nhẹ nhàng, không chà xát mạnh vào bộ phận sinh dục.

- Hạn chế ngâm “vùng kín” lâu trong nước (tắm bồn, bơi lội...).

- Với phụ nữ đã có gia đình, nên hạn chế quan hệ tình dục (nếu có quan hệ hãy dùng bao cao su) bởi quan hệ tình dục trong thời kỳ “đèn đỏ” dễ khiến chị em bị viêm nhiễm hơn. Nhiều người cho rằng, quan hệ tình dục trong thời gian “đèn đỏ” sẽ dễ dàng hơn bởi máu trong kinh nguyệt cũng có tác dụng như một chất bôi trơn. Tuy nhiên, chúng ta nên biết rằng, trong thời kỳ kinh nguyệt, cổ tử cung của chị em hé mở, “vùng kín” của chị em cũng nhạy cảm hơn, quan hệ tình dục vô tình đưa vi khuẩn từ bên ngoài vào “vùng kín” một cách dễ dàng hơn, do đó nguy cơ viêm nhiễm khi quan hệ tình dục trong thời gian này cao hơn.

- Ngoài ra, chị em cũng nên chú ý bồi dưỡng, ngủ đủ 8 tiếng 1 ngày, tránh vận động mạnh (chạy nhảy, lao động nặng...), tránh căng thẳng, stress để giữ gìn sức khoẻ.

- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, đặc biệt ăn nhiều trái cây, rau củ.

Trong thời gian hành kinh, chị em nên chú ý giữ gìn vệ sinh sạch sẽ, nếu thấy những bất thường như ngứa, màu sắc kinh nguyệt bất thường, cần đến ngay các cơ sở y tế chuyên khoa để được các bác sĩ khám và điều trị kịp thời.

Chương 4

MỘT SỐ BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN VÔ SINH Ở NAM GIỚI

A. BỆNH RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Định nghĩa

Rối loạn cương dương (Erectile dysfunction-E-D-) là cụm từ Hội Nam học thế giới dùng để thay thế cho các từ bất lực, liệt dương, thiểu năng sinh dục nam giới... từ năm 1997.

Rối loạn cương dương là một tình trạng bệnh lý được biểu hiện dưới dạng:

- Không có ham muốn tình dục nên dương vật không cương cứng để tiến hành giao hợp được.

- Có ham muốn tình dục nhưng dương vật không đủ độ cương cứng để đưa được vào âm đạo tiến hành giao hợp.

- Dương vật cương cứng không đúng lúc. Khi định tiến hành cuộc giao hợp thì dương vật không thể cương cứng lên được nhưng trong những hoàn cảnh tự nhiên hoàn toàn không bị

kích thích về tình dục như đang đi trên đường, đang ngồi họp, nửa đêm chợt tỉnh dậy thì dương vật lại cương rất cứng.

- Dương vật cương cứng trong thời gian rất ngắn. Có thể đưa được vào âm đạo nhưng sau đó mềm dần và xỉu hẳn trong âm đạo, cuộc giao hợp hoàn toàn không thực hiện được trọn vẹn.

Rối loạn cương dương là một bệnh mang tính xã hội. Bệnh tuy không gây tử vong, cũng như không cần phải xử trí cấp cứu nhưng dần dần ảnh hưởng đến cuộc sống tinh thần con người. Trong tâm tư sâu thẳm của người bệnh luôn bị ám ảnh mặc cảm bất lực của một phế nhân rất nặng nề. Trạng thái mất cân bằng này sinh ra chán nản trong công tác, trong các sinh hoạt giao tiếp đời thường, trầm cảm trong suy tư và là nguồn gốc của nhiều chứng bệnh khác về thần kinh, tâm thần như suy nhược thần kinh, trạng thái sầu uất, thậm chí cả trạng thái tâm thần phân liệt.

Tại Việt Nam số bệnh nhân đến bệnh viện để chữa bệnh này càng ngày càng nhiều. Đó là chưa kể số bệnh nhân chưa biết tìm đến cơ sở nào để chữa bệnh. Điều đó cũng thật dễ hiểu: đất nước chúng ta trải qua nhiều năm trong các cuộc kháng chiến chống xâm lược; rồi những năm dài vất vả để khắc phục hậu quả chiến tranh; vấn đề nhiễm chất độc da cam; sự căng thẳng liên tục về tinh thần, sự suy mòn về thể lực... là những

nguyên nhân góp thêm sinh bệnh. Tuy nhiên, tập tục phương Đông của Việt Nam lại rất khắt khe trong quan niệm đạo đức. Dư luận xã hội chưa rộng lượng thông cảm với nhóm bệnh nhân này cho nên bệnh nhân thường giấu tất cả những người thân, có khi cả với thầy thuốc về bệnh tật của mình.

Khuynh hướng thế giới hiện nay trong vấn đề dân số là rất coi trọng sự cân đối, nhịp nhàng: kế hoạch hoá gia đình và chăm sóc sức khoẻ sinh sản nghĩa là bên cạnh các biện pháp khoa học nhằm tránh sự gia tăng dân số quá nhanh, cần phát triển các phương pháp khoa học nhằm bảo vệ và chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Rối loạn cương dương là một bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau. Muốn điều trị có kết quả phải tìm được chính xác nguyên nhân chủ yếu. Không thể có một bài thuốc nào điều trị được tất cả các loại rối loạn cương dương.

2. Dịch tễ học

Từ năm 1990, theo điều tra, số lượng người mắc bệnh rối loạn cương dương ngày càng nhiều, nhất là ở những quốc gia có nền công nghiệp hiện đại khi cường độ trong lao động cũng như trong sinh hoạt xã hội đòi hỏi ở mức độ cao. Nhiều công trình khảo sát về dịch tễ học khác nhau được tiến hành ở nhiều quốc gia trên thế giới đánh giá mối

liên quan giữa rối loạn cương dương với tuổi tác, chủng tộc, địa lý và các tác nhân khác.

Số người mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao. Viện Sức khỏe quốc gia Mỹ đã tổng kết: rối loạn cương dương đã ảnh hưởng tới 30 triệu nam giới tại Mỹ, Tây Âu 17,5 triệu người, khu vực Thái Bình Dương 10,7 triệu người, vùng Đông Nam Á 19 triệu người. Tỷ lệ mắc bệnh trên những người đàn ông từ 21 tuổi đến ngoài 70 tuổi: Mỹ 18%, châu Âu 17%, châu Á 14%, Đông Nam Á 10%, Trung Quốc 28%, Việt Nam 15,7%. Richard và Tom Lue (Mỹ) đã tính, năm 2000 toàn thế giới có 300 triệu nam giới mắc bệnh này.

Về nghề nghiệp, dựa theo một công trình nghiên cứu tại Việt Nam trên 100 bệnh nhân bị rối loạn cương dương có đặc điểm về nghề nghiệp: lao động trí óc: 44; cựu chiến binh: 14; công nhân 14; nông dân: 2.

Tuổi của bệnh nhân có liên quan chặt chẽ tới rối loạn cương dương, tuổi càng cao tỷ lệ bị rối loạn cương dương càng lớn. Công trình nghiên cứu đầu tiên do Kinsey và cộng sự tiến hành năm 1958 tại Mỹ trên 15.781 nam giới đã kết luận tỷ lệ bị rối loạn cương dương là 0,1% ở tuổi 20 nhưng có thể lên cao tới 75% ở tuổi 80.

Từ năm 1987 đến năm 1989, tại Đại học Massachusetts (Mỹ), Feldman và cộng sự đã tiến hành điều tra trên 1.290 nam giới ở lứa tuổi 40-70

tuổi, ghi nhận 52% nam giới bị rối loạn cương dương ở mức độ khác nhau; mức độ nhẹ là 17%, mức độ trung bình là 25% và mức độ nặng là 10%. Nhìn chung tỷ lệ mắc bệnh là 39% ở tuổi 40, 48% ở tuổi 50, 57% ở tuổi 60, 67% ở tuổi 70 và lên tới 75% ở tuổi 80.

Tại Pháp, một mẫu nghiên cứu trên 986 nam giới từ 18 tuổi đến 94 tuổi cho thấy tỷ lệ chung bị rối loạn cương dương là 42%, trong đó 35% từ 18 đến 35 tuổi, 47% từ 36 đến 94 tuổi.

Tại Nhật Bản, năm 1995, mẫu nghiên cứu của Sato trên 3.490 nam giới đã có vợ cho thấy tỷ lệ bị rối loạn cương dương: 2,5% lứa tuổi 20-44; 10% lứa tuổi 45-59, 23% lứa tuổi 60-64, 30,4% lứa tuổi 65-69, trên 44,3% lứa tuổi trên 70.

Tại Thượng Hải (Trung Quốc), năm 1997, mẫu nghiên cứu của Wang trên 1.582 nam giới cho thấy tỷ lệ bị rối loạn cương dương: 32,8% ở lứa tuổi 40-49, 36,4% ở lứa tuổi 50-59, 74,2% ở lứa tuổi 60-69, và 86,3% ở lứa tuổi trên 70 tuổi.

Tại Việt Nam, năm 1997, Phạm Văn Trịnh đã tiến hành điều tra trên 764 nam giới cho tỷ lệ bị rối loạn cương dương: 10,8% ở lứa tuổi 18-38, 44% ở lứa tuổi 41-50, 57% ở lứa tuổi trên 60.

3. Rối loạn cương dương liên quan đến các bệnh mạn tính

- Các bệnh về tim mạch

Các bệnh về tim mạch có liên quan nhiều đến

nguyên nhân gây rối loạn cương dương. Những cản trở cơ giới từ thành mạch hoặc từ những thay đổi về áp lực động mạch làm cho lượng máu tưới vào dương vật không đầy đủ. Bệnh xơ vữa thành mạch là nguyên nhân của khoảng 40% các trường hợp rối loạn cương dương ở nam giới trên 50 tuổi. Trong một nghiên cứu trên 30 bệnh nhân được mổ động mạch vành, có tới 57% bị suy sụp chức năng tình dục. Trong số 131 bệnh nhân nam từ 32-86 tuổi nằm viện do suy tim, có 64% bị rối loạn cương dương. Trong một số nghiên cứu khác của Đại học Massachusetts, có tới 39% nam giới đang điều trị bệnh tim, 15% đang điều trị cao huyết áp, 9,6% đang điều trị các bệnh tim mạch bị rối loạn cương dương.

- *Đái tháo đường*

Những bệnh nhân đái tháo đường là những người dễ bị rối loạn cương dương. Năm 1998, có hai công trình nghiên cứu về rối loạn cương dương do đái tháo đường của Lê Huy Liệu và cộng sự ở Hà Nội, và của Mai Thế Trạch ở Thành phố Hồ Chí Minh. Nguyên nhân được nêu lên bao gồm nhiều yếu tố (mạch máu, thần kinh, nội tiết). Cả hai thể bệnh đái tháo đường phụ thuộc vào insulin hay không đều có nguy cơ gây bệnh như nhau. Tỷ lệ bị rối loạn cương dương trên những bệnh nhân đái tháo đường là từ 23-75%. Điều này càng được chứng minh rõ trong một công trình

nghiên cứu so sánh giữa 2 nhóm: nhóm gồm 292 bệnh nhân nam giới ở lứa tuổi 20-59 tuổi bị đái tháo đường có tỷ lệ rối loạn cương dương là 23%, trong khi đó nhóm thứ hai gồm 81 người không mắc bệnh đái tháo đường thì tỷ lệ rối loạn cương dương là 9%.

- *Suy thận mạn tính*

Suy giảm chức năng cương dương vật chiếm 45% trên những nam giới bị suy thận mạn tính. Trong công trình nghiên cứu của J.Breza trên 53 nam giới bị suy thận mạn tính, tỷ lệ bị rối loạn cương dương là 41,5% trước khi lọc máu và 64,2% sau khi lọc máu.

- *Một số bệnh mạn tính khác*

+ Suy gan gây rối loạn cương dương 28-70%.

+ Xơ cứng nhiều phủ tạng gây rối loạn cương dương 71%.

+ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gây rối loạn cương dương 30%.

+ Bệnh Alzheimer gây rối loạn cương cương 53%.

4. Rối loạn cương dương liên quan đến phẫu thuật và chấn thương

Rối loạn cương dương là biến chứng thông thường của chấn thương, xạ trị và phẫu thuật vùng chậu. Các phẫu thuật cắt toàn phần tuyến tiền liệt; các phẫu thuật vùng tiểu khung - niệu đạo; cắt đốt nội soi bàng quang - tuyến tiền liệt;

các chấn thương vùng chậu, niệu đạo và các phẫu thuật tạo hình những vùng này đều có nguy cơ gây rối loạn cương dương.

Một số tỷ lệ được ghi nhận:

- Cắt nội soi tuyến tiền liệt 0-13%.
- Các phẫu thuật niệu đạo 2,2%.
- Gẫy xương chậu (92 nam giới) 68%.
- Chấn thương cột sống 23%.

5. Rối loạn cương dương liên quan đến hóa chất và sử dụng thuốc

Thói quen nghiện rượu và thuốc lá là nguyên nhân gây rối loạn cương dương vì các chất nicotin và ethy gây nhiễm độc hệ thần kinh trung ương và ngoại vi.

Rối loạn cương dương thường liên quan với sử dụng nhiều thuốc hay do lạm dụng dược chất. Việc sử dụng dài ngày chất estrogen để điều trị ung thư tuyến tiền liệt; một số thuốc trực tiếp điều trị các bệnh đái tháo đường, huyết áp cao, tim mạch, thần kinh, tiêu hóa... cũng là những nguyên nhân gây ra 25% rối loạn cương dương.

6. Nguyên nhân gây rối loạn cương dương

Rối loạn cương dương bị ảnh hưởng bởi nhiều nguyên nhân khác nhau. Xác định được đúng nguyên nhân gây ra rối loạn cương dương là một khâu hết sức quan trọng, bởi vì như vậy

phương hướng chỉ đạo cho việc điều trị mới có kết quả. Thông thường tập trung vào 5 nguyên nhân như sau:

- Nguyên nhân nội tiết tố.
- Nguyên nhân thần kinh.
- Nguyên nhân tâm thần.
- Nguyên nhân cơ giới trên hệ thống mạch máu dương vật.
- Nguyên nhân biến dạng hình thể giải phẫu dương vật.

6.1. Rối loạn cương dương do nội tiết tố

6.1.1. Những nội tiết tố ảnh hưởng đến chức năng tình dục của nam giới gồm có:

- GH (Growth hormone).
- ACTH (Adrenocorticotropic hormone).
- TSH (Thyroid - stimulating hormone).
- PRL (Prolactine).
- LH (Lutenizing hormone).
- FSH (Follicle stimulating hormone).
- Testosterone (Nội tiết tố nam).
- Estradiol (Nội tiết tố nữ).

Ở nam giới, đến tuổi dậy thì (tuổi phát dục), các nội tiết tố được phát triển đầy đủ, nhịp nhàng, cân đối và ổn định. Dưới tác dụng của vỏ đại não, nội tiết tố LHRH được sản sinh ra ở vùng dưới đồi. Theo hệ thống cửa, nội tiết tố này tác động

đến thùy trước của tuyến yên để từ đó sản sinh ra nhiều loại nội tiết tố, trong đó có nội tiết tố LH và FSH. LH tác động đến các tế bào leydig ở tinh hoàn để sản sinh ra testosterone.

Hai tác dụng của lượng testosterone trong máu:

- Nội tiết tố FSH cùng với testosterone tác động lên tế bào sertoli ở tinh hoàn để sản sinh ra tinh trùng.

- Lượng testosterone máu vừa đủ (trung bình 2 nanogam/ml hoặc 9,7 - 30,4 nanomol/lít) có tác dụng làm tăng sự ham muốn tình dục. Sự ham muốn tình dục gây những kích thích lên vỏ não hoặc tăng tiết NO để biểu hiện bằng sự cương cứng dương vật theo cơ chế sinh lý bình thường.

Như vậy, nội tiết tố testosterone giữ vai trò chính trong chức năng hoạt động tình dục của nam giới.

6.1.2. Vai trò của androgen trong nam giới

Androgen là nội tiết tố quan trọng cần thiết cho sự biến hóa giới tính bình thường, sự lớn lên và phát triển duy trì các đặc trưng giới tính thứ cấp. Androgen kích thích sự ham muốn tình dục, tạo ra sự cân bằng cho đời sống tình dục nam giới. Androgen kết hợp với nội tiết tố FSH trong quá trình sinh sản tinh trùng.

Androgen suy giảm sẽ dẫn tới suy giảm ham muốn tình dục.

6.2. Rối loạn cương dương do thần kinh

6.2.1. Bị nhiễm độc thần kinh do

- Nghiện rượu.
- Hút thuốc lá.
- Sử dụng các chất ma túy.

6.2.2. Bệnh đái tháo đường

Gây rối loạn hệ thần kinh ngoại vi chủ yếu là hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm.

6.2.3. Thương tổn bệnh hoặc chấn thương tủy sống

6.2.4. Sau các phẫu thuật

Sau các phẫu thuật vùng tiểu khung, vùng bàng quang, vùng bẹn bìu, các phẫu thuật cắt đốt nội soi bàng quang niệu đạo. Các phẫu thuật trên ảnh hưởng đến hệ thần kinh sinh dục như thần kinh thẹn trong, các thần kinh cương dương vật.

6.2.5. Một số bệnh ở vùng não

Làm thương tổn huyết mạch máu não, động kinh, liệt toàn thân do giang mai, máu tụ dưới màng não, nhũn não, bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer...

6.2.6. Một số thuốc dùng quá nhiều

Những thuốc này ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương và ngoại vi.

6.3. Rối loạn cương dương do tâm thần

6.3.1. Do stress

Cuộc sống quá căng thẳng về tinh thần là

nguyên nhân gây rối loạn cương dương. Một số công trình nghiên cứu tại San Diego (Mỹ) năm 1988 ghi nhận trong vòng thi chung kết bơi lội, lượng adrenalin trong máu của các vận động viên không tăng mà lượng adrenalin trong máu của các ông bầu, người phải căng thẳng chứng kiến từng giây nước rút của các học trò của mình lại tăng rất cao. Điều này cũng chứng minh thêm rằng, tại các nước có nền công nghiệp hiện đại, khi cuộc sống lao động và sinh hoạt đòi hỏi nhịp độ cao, bệnh rối loạn cương dương ngày càng tăng. Theo thống kê về nghề nghiệp, những người lao động phải vận dụng trí óc nhiều như các nhà văn, các thầy giáo, các nhà nghiên cứu, các cựu chiến binh đã phải trải qua nhiều trận đánh ác liệt,... bị rối loạn cương dương nhiều hơn những người lao động đơn giản.

6.3.2. Do bị các chấn động tâm thần đột ngột trong cuộc sống gây thành một phản xạ có điều kiện, từ đó mang một mặc cảm hết sức nặng nề về bất lực không thể nào xóa được.

6.3.3. Do một số bệnh về tâm thần như Hysterie, tâm thần phân liệt...

6.4. Rối loạn cương dương do rối loạn vận mạch

6.4.1. Do một số bệnh toàn thân làm giảm áp lực tâm thu, sự tưới máu vào dương vật không đầy đủ như bệnh huyết áp hạ thấp...

6.4.2. Do hiện tượng chít tắc cơ giới một số động mạch có chức năng tưới máu vào dương vật. Một số bệnh có thể gặp như sau:

- Bệnh chít hẹp động mạch chủ ở chỗ phân nhánh động mạch chậu (hội chứng Leriche).
- Xơ vữa động mạch vùng chậu.
- Chít hẹp động mạch dương vật.

6.4.3. Do hiện tượng thoát máu quá nhanh vùng vật hang làm vật hang không đủ lượng máu để kịp phồng to rồi cương cứng. Thường gặp trong một số bệnh sau:

- Có các đường rò tĩnh mạch từ vật hang.
- Có nhiều tĩnh mạch tân tạo từ vật hang làm cho lượng máu ở vật hang trở về hệ tĩnh mạch trung ương quá nhanh.

6.5. Rối loạn cương dương do các biến dạng

6.5.1. Một số bệnh bẩm sinh

Như dương vật teo nhỏ, dương vật quá ngắn, dương vật chẽ đôi gây ra rối loạn cương dương hoặc dương vật có cương cứng nhưng không thể nào đưa được vào âm đạo.

6.5.2. Một số bệnh bị xơ cứng vật hang

Như bệnh La Peyrorie hoặc xơ cứng vật hang, hậu quả của một số bệnh như vỡ vật hang, cương đau dương vật (priapisme) không được điều trị tốt. Máu tưới vào vật hang khó khăn và không đầy đủ làm cho dương vật không thể cương lên được.

7. Chẩn đoán rối loạn cương dương

Việc chẩn đoán rối loạn cương dương cần được tiến hành một cách đầy đủ và nghiêm túc. Phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Thầy thuốc phải hỏi bệnh và khám một cách tỉ mỉ theo quy trình đã định sẵn. Người bệnh phải thành thật trình bày bệnh trạng của mình một cách thoải mái. Tốt nhất nên có mặt cả hai vợ chồng.

Việc chẩn đoán dựa vào:

7.1. Các triệu chứng lâm sàng

7.1.1. Lý do đến khám bệnh

Việc phát hiện các triệu chứng lâm sàng không khó khăn. Thường đó là lý do bệnh nhân tự kể ra khi gặp thầy thuốc.

Tập trung vào 4 nhóm triệu chứng sau:

- Hoàn toàn mất hẳn ham muốn tình dục, không còn đòi hỏi hoặc không còn đáp ứng thích thú trước các kích thích khêu gợi. Vì thế dương vật luôn luôn mềm xỉu.

- Vẫn còn ham muốn tình dục. Trước những hoàn cảnh khách quan khêu gợi vẫn có những hứng khởi kích thích nhưng dương vật không thể cương cứng được để đưa vào âm đạo tiến hành cuộc giao hợp như ý muốn.

- Dương vật cương cứng tốt nhưng không đúng lúc. Khi định tiến hành cuộc giao hợp thì dương

vật không thể cương cứng được nhưng trong những hoàn cảnh tự nhiên rất vô lý, hoàn toàn không bị kích thích về tình dục như đang đi đường, đang ngồi họp, nửa đêm khi thức dậy... thì dương vật lại cương rất cứng. Giả dụ rằng ngay lúc đó có người bạn tình đã sẵn sàng thì cuộc giao hợp sẽ rất trọn vẹn.

- Dương vật cương cứng trong thời gian rất ngắn hoặc chưa kịp đưa vào âm đạo đã bị mềm xỉu hoặc có thể đưa vào âm đạo nhưng sau đó mềm dần và xỉu hẳn trong âm đạo. Cuộc giao hợp nửa vời hoàn toàn không gây được một chút thỏa mãn cho cả hai vợ chồng.

7.1.2. Bản chỉ số quốc tế về chức năng cương dương vật (IIEF - International Index Erectile Function)

Để lượng hóa những thông tin trong việc chẩn đoán cũng như để xếp loại mức độ nặng nhẹ và làm cơ sở cho việc đánh giá kết quả điều trị, từ năm 1997 người ta đề ra một thang điểm quốc tế để đánh giá về chức năng cương dương vật.

Thang điểm IIEF đã được đánh giá tại: Anh, Mỹ, Australia, Pháp, Đức, Mêhicô, Braxin, Trung Quốc, Hàn Quốc, Thái Lan, Ai Cập, Nam Phi,... và từ năm 1998 tại Việt Nam. IIEF là phép đo ngắn gọn, đáng tin cậy, đa chiều để đánh giá tình trạng rối loạn cương dương. Nó đã được chứng minh có giá trị về mặt văn hóa, ngôn ngữ và đo

lường tâm lý, cho đến nay đã được sử dụng trong các thực nghiệm lâm sàng tại các trung tâm lớn trên toàn thế giới.

Thang điểm IIEF có 15 câu hỏi đánh giá 5 lĩnh vực trong đời sống tình dục nam giới qua các nền văn hóa khác nhau:

- Chức năng cương dương vật (6 câu hỏi)
- Độ khoái cảm (2 câu hỏi)
- Sự ham muốn tình dục (2 câu hỏi)
- Sự thỏa mãn trong giao hợp (3 câu hỏi)
- Sự thỏa mãn toàn diện (2 câu hỏi)

Việc lượng hóa qua thang điểm IIEF có giá trị rất thực tiễn. Với các nhà lâm sàng và nghiên cứu, đây là một phương pháp chẩn đoán hỗ trợ bệnh sử tình dục chi tiết, cùng các xét nghiệm cận lâm sàng khác là những biểu hiện cụ thể để đánh giá sự tiến bộ của quá trình điều trị và kết quả điều trị. Với bệnh nhân, đây là những tiêu chuẩn để tự theo dõi, từ đó có sự ổn định về tinh thần khi thấy việc điều trị có kết quả.

Điền vào bộ câu hỏi IIEF mỗi câu từ 1-5 điểm, 0 điểm dành cho những trường hợp không có khả năng hoạt động tình dục, không giao hợp được hoặc không có ý định giao hợp trong 4 tuần lễ. Khoanh tròn điểm số có được ở từng câu hỏi.

Cuối cùng cộng lại tổng số điểm để so sánh, đánh giá mức độ chức năng cương dương vật.

Đánh giá chung trong toàn bộ 15 câu hỏi

mức độ rối loạn cương dương vật được phân loại như sau:

- 6-20 điểm: Mức độ nặng
- 21-30 điểm: Mức độ trung bình
- 31-59 điểm: Mức độ nhẹ
- 60-75 điểm: Không có rối loạn cương dương

7.1.3. Các triệu chứng bệnh toàn thân

Cần chú ý phát hiện các bệnh toàn thân trên những người bị rối loạn cương dương:

- Bệnh sử nội khoa - câu hỏi về tiền sử

+ Các bệnh tim mạch: cao huyết áp, xơ vữa thành mạch.

+ Bệnh tiểu đường.

+ Các bệnh ở tủy sống và não.

+ Viêm đường tiết niệu - sinh dục.

+ Các tập quán: nghiện rượu, thuốc lá, ma túy.

- Bệnh sử ngoại khoa

+ Các chấn thương vùng chậu - sinh dục.

+ Các phẫu thuật đã trải qua ở vùng tiểu khung, vùng tầng sinh môn, vùng sinh dục.

- Trạng thái tâm lý - xã hội khi bắt đầu bị rối loạn cương dương

Là một việc rất cần thiết để xem các yếu tố tâm lý, xã hội đó có liên quan đến việc phát sinh ra rối loạn cương dương không. Năng lực và mối quan hệ hiện tại trong công tác, sự lo lắng và mối quan hệ của bệnh nhân và người bạn tình (kể cả các bất đồng tiềm ẩn), các kỹ thuật tình dục đang được sử

dụng,... là những điều người thầy thuốc cần được biết rõ trước khi đề ra các phương án điều trị.

7.2. Thăm khám lâm sàng

Cần thăm khám kỹ lưỡng bộ phận sinh dục để phát hiện các bệnh:

- Biến đổi hình thể giải phẫu dương vật như: Hypospadias, Epispadias, dương vật ngắn và nhỏ bẩm sinh, ái nam ái nữ,...
- Các bệnh xơ cứng ở vật hang như La peyronie ảnh hưởng đến chức năng cương.
- Các bệnh viêm xơ teo tinh hoàn hoặc mào tinh hoàn, tinh hoàn teo nhỏ bẩm sinh (kích thước và độ rắn của hai tinh hoàn).
- Các bệnh vùng bẹn - bìu như: tinh hoàn ẩn, tinh hoàn không xuống bìu, giãn tĩnh mạch tinh hoàn.
- Đánh giá các phản xạ thần kinh vùng bẹn - bìu tầng sinh môn như: cảm giác quanh hậu môn, cảm giác trương lực cơ vòng hậu môn, phản xạ hành - hang.
- Các đặc điểm thứ phát từ động mạch đùi và chi dưới.
- Các vết mổ vùng bụng dưới, vùng tiểu khung vùng bẹn - bìu - tầng sinh môn.

7.3. Các thăm khám hình ảnh và cận lâm sàng

7.3.1. Thử phản ứng HIV

Không điều trị cho những người HIV dương tính.

7.3.2. Định lượng nội tiết tố máu

Thử cả 5 yếu tố: LH, FSH, prolactine, estradiol, testosterone.

Mục đích chẩn đoán là nhằm xác định được bị rối loạn cương dương do nguyên nhân nội tiết như suy tuyến yên tiên phát hoặc thứ phát, hội chứng PADAM.

7.3.3. Chẩn đoán do nguyên nhân thần kinh

Trong hoàn cảnh hiện tại, có thể làm được 2 thử nghiệm

- *Nghiệm pháp tiêm Papaverin hoặc Prostaglandin E1 vào vật hang*

Papaverin hoặc prostaglandin E1 là những chất cholinergic gây giãn mạch. Khi tiêm vào vật hang những chất trên, theo cơ chế giãn mạch, dương vật được tưới máu và sẽ nở to ra.

+ Phản ứng dương tính: Sau khi tiêm thuốc, dương vật bị thuốc tác dụng kích thích hỗ trợ và nở to ra. Điều đó chứng minh rằng hệ thống thần kinh đáp ứng hiện tượng cương dương vật vẫn hoạt động nhưng bị rối loạn. Hiện tượng rối loạn cương dương ở nhóm bệnh nhân này do nguyên nhân thần kinh.

+ Phản ứng âm tính: Sau khi tiêm thuốc, dương vật vẫn hoàn toàn mềm xỉu. Như vậy nguyên nhân không phải do cơ chế thần kinh mà là do nguyên nhân vận mạch. Nhóm bệnh này cần tiếp tục làm các thử nghiệm khác về mạch máu.

Khuynh hướng hiện nay nên dùng Prostaglandin E1 trong thử nghiệm vì Papaverin hay gây ra tai biến làm cương đau dương vật (Priapism).

- Ghi đồ thị cương dương (Erectometry)

Dùng máy ghi đồ thị cương dương trong 24 giờ/ngày để đánh giá được dương vật vẫn có những thời điểm tự cương lên được, nhất là về ban đêm. Điều đó chứng tỏ cơ chế thần kinh vẫn hoạt động được nhưng bị rối loạn không thể cương được đúng lúc theo ý muốn.

7.3.4. Chẩn đoán do nguyên nhân vận mạch

Để phát hiện những vị trí chít tắc cơ giới của động mạch làm cho việc tưới máu vào dương vật giảm thấp, những đường rò rỉ hoặc quá nhiều tĩnh mạch tận tạo ở vật hang làm cho việc thoát máu quá nhanh ở vật hang, người ta tiến hành các phương pháp:

- Doppler.
- Doppler siêu âm màu.
- Chụp động mạch thông thường.
- Chụp động mạch dương vật chọn lọc.
- Chụp vật hang (cavernosograhy).

8. Điều trị

8.1. Phương pháp điều trị bằng thuốc

Uống thuốc là một điều trị thành công rối loạn chức năng cương dương cho nhiều người.

Một số thuốc điều trị rối loạn cương dương là:

Sildenafil (Viagra); Tadalafil (Cialis); Vardenafil (Levitra).

Những thuốc này làm tăng hiệu ứng của oxit nitric, một hóa chất tự nhiên cơ thể sản xuất làm thư giãn cơ bắp trong dương vật, làm tăng lưu lượng máu và cho phép có được sự cương cứng để đáp ứng với kích thích tình dục. Những loại thuốc này khác nhau về liều lượng, thời gian hiệu quả và hiệu ứng.

Chống chỉ định:

- Đang dùng nitrat - thuốc đau thắt ngực, như nitroglycerin, isosorbide mononitrate (Imdur) và isosorbide dinitrate (Isordil).

- Dùng thuốc (thuốc chống đông máu) làm loãng máu, thuốc chẹn alpha cho tuyến tiền liệt (tăng sản lành tính tuyến tiền liệt) hay thuốc huyết áp cao.

- Có bệnh tim hoặc suy tim.

- Đã bị đột quỵ.

- Có huyết áp thấp (hạ huyết áp) hoặc huyết áp cao không kiểm soát được (tăng huyết áp).

- Bị bệnh đái tháo đường không được kiểm soát.

Các thuốc khác cho rối loạn chức năng cương dương bao gồm:

Tự tiêm alprostadil: Với phương pháp này, sử dụng một kim nhỏ để tiêm alprostadil (alprostadil, Caverject Impulse, Edex) vào trong cơ sở hoặc các bên của dương vật. Trong một số

trường hợp, thuốc được sử dụng cho các điều kiện khác được sử dụng để tiêm vào dương vật hoặc kết hợp như papaverine, alprostadil và phentolamine. Tiêm thường tạo ra sự cương cứng trong 5 tới 20 phút và kéo dài khoảng một giờ. Các kim được sử dụng là rất tốt, đau từ chỗ chích thường nhẹ. Các tác dụng phụ có thể bao gồm chảy máu từ tiêm, cương cứng kéo dài và hình thành các mô sợi ở chỗ tiêm.

Thuốc đạn Alprostadil: Alprostadil trị intraurethral (MUSE) bao gồm việc đặt một viên thuốc đạn nhỏ xíu bên trong dương vật. Sử dụng phun đặc biệt để chèn đạn hai inch vào dương vật. Các tác dụng phụ có thể bao gồm đau, chảy máu nhỏ, chóng mặt, hình thành các mô sợi bên trong dương vật và niệu đạo.

Testosterone thay thế: Một số nam giới có rối loạn chức năng cương dương gây ra bởi các mức thấp của hormone testosterone, và có thể cần liệu pháp thay thế testosterone.

8.2. Phương pháp không dùng thuốc

8.2.1. Bơm dương vật, phẫu thuật và cấy ghép

Nếu dùng thuốc không đáp ứng hoặc không hiệu quả thì phương pháp điều trị khác bao gồm:

- *Máy bơm dương vật:* Máy bơm dương vật (chân không) là một ống rỗng với một máy bơm chạy bằng tay hoặc chạy bằng pin. Ống được đặt

trên dương vật, sau đó bơm được sử dụng để hút không khí bên trong ống. Điều này tạo ra một khoảng trống mà kéo máu vào dương vật. Khi nhận được sự cương cứng, trượt một vòng căng quanh gốc dương vật để giữ máu và giữ cho nó vững chắc. Sau đó loại bỏ các thiết bị hút chân không. Cương cứng này thường kéo dài đủ lâu để cho một cặp vợ chồng có quan hệ tình dục. Tháo vòng sau khi giao hợp.

- *Cấy ghép dương vật:* Liên quan đến việc điều trị bằng phẫu thuật, đặt thiết bị vào hai bên của dương vật. Những cấy ghép bao gồm cả thanh inflatable hoặc nửa cứng được làm từ silicone hoặc polyurethane. Các thiết bị bơm hơi cho phép kiểm soát khi nào và bao lâu có một cương cứng. Các thanh nửa cứng giữ cho cương cứng nhưng uốn cong dương vật. Đây là điều trị đắt tiền và thường không được khuyến cáo cho đến khi các phương pháp khác đã được thử trước. Như với bất kỳ phẫu thuật nào, phương pháp này có nguy cơ biến chứng như nhiễm trùng.

- *Phẫu thuật mạch máu:* Trong trường hợp hiếm hoi, một mạch máu bị rò rỉ có thể gây ra rối loạn chức năng cương dương và phẫu thuật là cần thiết để sửa chữa nó.

8.2.2. Liệu pháp tâm lý

Nếu rối loạn chức năng cương cứng là do lo âu, căng thẳng hoặc trầm cảm thì cần phải dùng biện pháp tâm lý.

8.2.3. Một số phương pháp khác

Một số phương pháp điều trị thay thế được sử dụng để điều trị rối loạn cương dương, tuy nhiên cần nghiên cứu nhiều để xem liệu có an toàn hay hiệu quả không. Thay thế phương pháp điều trị sử dụng cho các rối loạn chức năng cương dương bao gồm:

- Dưỡng sinh giúp cơ thể dẻo dai, tinh thần thoải mái, tăng tuần hoàn máu trong cơ thể cũng góp phần điều chỉnh rối loạn cương dương.
- Châm cứu.
- Viagra thảo dược.

8.2.4. Giáo dục sức khỏe

Cho dù nguyên nhân là thể chất, tâm lý hoặc kết hợp cả hai, rối loạn chức năng cương dương có thể trở thành một nguồn của sự căng thẳng tinh thần và tình cảm cho bản thân và đối tác.

Cách tốt nhất để ngăn ngừa rối loạn cương dương là lựa chọn lối sống lành mạnh và để quản lý các vấn đề sức khỏe hiện tại có. Dưới đây là một số điều có thể làm:

- *Nếu đang hút thuốc lá, nên bỏ thuốc lá.* Hãy thử thay thế nicotine bằng kẹo cao su hay viên ngậm. Hỏi bác sĩ về thuốc có thể giúp bỏ thuốc lá.
- *Béo phì.* Thừa cân có thể gây ra, hoặc tồi tệ hơn tình trạng rối loạn cương dương.

- *Tập thể dục thường xuyên.* Điều này có thể giúp giảm một phần trong rối loạn cương dương, bao gồm giảm căng thẳng, giúp giảm cân và lưu lượng máu tăng lên.

- *Điều trị các vấn đề do uống quá nhiều rượu hoặc sử dụng ma túy.* Uống quá nhiều hoặc dùng một số loại thuốc bất hợp pháp có thể làm trầm trọng thêm rối loạn cương dương, gây ra vấn đề sức khỏe lâu dài.

- Tránh lo âu, căng thẳng, stress.

- Làm việc với bác sĩ để quản lý bệnh đái tháo đường, bệnh tim hoặc các vấn đề sức khỏe mạn tính khác.

- Không nên thủ dâm và quan hệ tình dục bừa bãi.

- Tăng cường trò chuyện, giao tiếp giữa hai vợ chồng các vấn đề về đời sống tình dục. Nếu gặp vấn đề nên đến gặp bác sĩ hoặc chuyên viên tư vấn.

- Đi khám bác sĩ để kiểm tra thường xuyên và xét nghiệm y tế.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Y học cổ truyền đã mô tả bệnh rối loạn cương dương trong phạm vi chứng dương nuy.

1. Nguyên nhân

- Do cơ thể bị suy nhược (tâm tỳ bị tổn thương)

làm tinh khí hao kiệt, khí huyết hư không nuôi dưỡng được cân sinh ra chứng dương nuy.

- Thận hư gây bại tinh huyết: do sắc dục quá độ hoặc do thủ dâm nhiều... làm tổn thương thận khí. Thận khí chỉ huy hoạt động của nhị âm nên cơ quan sinh dục (dương vật) không thể cương cứng được sinh ra liệt dương, hoặc do khiếp sợ làm tổn thương thận. Do tiên thiên bẩm tố thận kém cũng sinh chứng liệt dương.

- Do tình chí luôn căng thẳng, lâu ngày làm ảnh hưởng đến chức năng tạng can, can khí không điều đạt, khí uất làm tinh huyết ngưng trệ, thanh dương và trọc âm không được thăng giáng bình thường làm dương vật khó hoặc không thể cương cứng.

- Do thấp nhiệt tích trệ ở hạ tiêu: do viêm nhiễm lâu ngày, sỏi đường tiết niệu... cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng cương dương.

- Thích ăn những thứ mặn nồng hoặc uống nhiều rượu, hoặc người béo quá, cơ thể vốn có thấp thịnh, dẫn đến thấp nhiệt bị chưng ở trong, ủng trệ cân lớn, cân mạch rệu rã cũng sinh ra liệt dương.

- Tiên thiên vốn không đầy đủ hoặc tuổi cao dương suy, tinh khí hư hàn, hoặc hậu thiên không được nuôi dưỡng, thể chất suy nhược, tất cả đều là lý do sinh bệnh liệt dương.

2. Các thể lâm sàng và điều trị

2.1. Thể mệnh môn hỏa suy

Triệu chứng lâm sàng: liệt dương, sợ lạnh, tay chân lạnh, lưng gối đau mỏi, váng đầu, ù tai, mệt mỏi, đại tiện phân nát lỏng, sắc mặt nhợt, lưỡi nhợt, mạch bộ xích trầm nhược.

Phương pháp điều trị: Ôn thận tráng dương.

Điều trị cụ thể:

Châm cứu: Hoang du, Túc tam lý, Tam tiêu du, Quan nguyên, Thận du, Phục lưu, Trung cực, Thái khê.

Bài thuốc cổ phương: Hữu quy hoàn (Cảnh nhạc toàn thư)

Thục địa 16g; Đỗ trọng 12g; Hoài sơn 12g; Thỏ ty tử 12g; Sơn thù 10g; Phụ tử chế 4 - 6g; Kỷ tử 12g; Nhục quê 4 - 6g; Đương quy 12g; Lộc giác giao 12g.

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Hoặc bào chế dưới dạng viên hoàn, mỗi ngày uống 20g chia 2 lần.

Bệnh lâu ngày tình trạng tương đối nặng có thể gia thêm Dâm dương hoắc, Dương khởi thạch, Phỉ lai tử.

2.2. Thể tâm tỳ hư tổn

Triệu chứng lâm sàng: liệt dương, hay hồi hộp, đánh trống ngực, hay quên, ngủ kém, giấc ngủ không sâu, hay mê, ăn kém, người mệt mỏi,

sắc mặt vàng nhợt, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch tế nhược.

Phương pháp điều trị: Kiện tỳ, dưỡng tâm.

Điều trị cụ thể:

Châm cứu: Châm bổ Tỳ du, Túc tam lý, Trung quản, Tâm du, Nội quan, Tam âm giao.

Bài thuốc cổ phương: Quy tỳ thang

Đẳng sâm 12g; Bạch truật 12g; Hoàng kỳ 12g; Phục thần 12g; Đương quy 10g; Viễn trí 4g; Toan táo nhân 12g; Nhục quế 8g; Sinh khương 3 lát Bắc mộc hương 4g; Chích cam thảo 4g; Đại táo 3 quả.

Tất cả sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

Trên lâm sàng có biểu hiện thận dương hư gia thêm: Bổ cốt chỉ, Dâm dương hoắc, Thỏ ty tử.

Nếu có biểu hiện huyết hư gia thêm: Hà thủ ô, Cao quy bản...

2.3. Thể can khí uất kết

Triệu chứng lâm sàng: liệt dương, tính tình dễ cáu giận, đầy tức nặng vùng mạng sườn, ăn ít, lưỡi đỏ nhợt, mạch huyền tế.

Phương pháp điều trị: Sơ can, giải uất.

Điều trị cụ thể:

Châm cứu: Châm tả các huyệt Hành gian, Phong trì, Xuất cốc, Đầu duy, Bách hội, Quan nguyên.

Bài thuốc cổ phương: Tiêu dao tán (Thương hàn luận)

Sài hồ 12g; Bạch truật 12g; Bạch thược 12g;

Đương quy 12g; Cam thảo 4g; Phục linh 12g; Bào khương 4g; Bạc hà 8g.

Dùng dưới dạng thang sắc, mỗi ngày uống 1 thang chia 2 lần, hoặc dùng dưới dạng tán bột, mỗi ngày uống 20g chia 2 lần.

Trên lâm sàng nếu kèm thêm thận hư gia thêm: Thỏ ty tử, Kỷ tử, Ba kích...

2.4. Thể kinh nô thương thận

Triệu chứng lâm sàng: lo lắng, sợ hãi quá mức mà bị liệt dương; tâm phiền, dễ sợ, đêm ngủ không yên, trong giấc ngủ mê sảng; chất lưỡi đỏ nhợt, mạch huyền.

Phương pháp điều trị: Bổ thận, an thần.

Điều trị cụ thể:

Châm cứu: Châm bổ các huyệt Mệnh môn, Quan nguyên, Thận du, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao. Thận dương hư có thể cứu huyệt Dũng tuyền 5 phút.

Bài thuốc cổ phương: Đại uất thang kết hợp với Tuyên chí thang gia giảm

Thỏ ty tử 16g; Viễn chí 6g; Ba kích 16g; Toan táo nhân 12g; Bạch thược 12g; Bạch truật 12g; Nhân sâm 12g; Thăng ma 8g; Sài hồ 10g.

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Thận hư, khí tổn gia thêm: Bổ cốt chỉ, Kỷ tử, Dâm dương hoắc...

2.5. Thể thấp nhiệt hạ trú

Triệu chứng lâm sàng: liệt dương, cơ thể mệt mỏi, đi tiểu ít, khó, đau, nước tiểu đỏ; tinh hoàn có thể sưng đau, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch hoạt sác.

Phương pháp điều trị: Thanh lợi thấp nhiệt.

Điều trị cụ thể:

Châm cứu: Châm tả các huyệt Hành gian, Thái xung, Bách hội, châm bổ Thái khê.

Bài thuốc cổ phương: Long đởm tả can thang (Y tông kim giám)

Long đởm thảo 6 - 8g; Hoàng cầm 8 - 16g; Chỉ tử 8 - 16g; Sài hồ 4 - 12g; Mộc thông 8 - 12g; Cam thảo 4 - 6g; Đương quy 8 - 16g; Sinh địa 12 - 20g; Trạch tả 8 - 16g; Sa tiền tử 12 - 20g.

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Đi tiểu có cảm giác đau, buốt, rắt gia: Hoàng bá, Trúc diệp, Hoạt thạch.

Ngoài ra trên thế giới, nhiều nước với nền y học cổ truyền của mình đã sử dụng nhiều vị thuốc dân gian để điều trị liệt dương bước đầu được công nhận như:

- Nhân sâm đỏ (Panax ginseng).
- Cây bạch quả.
- Bạch tật lê của y học cổ truyền Ấn Độ.
- Yohimbin người Tây Phi sử dụng từ rất lâu.

Cây này có tác dụng cường dương, nhưng gây tăng huyết áp cho người dùng.

- Cây cọ lùn Serenoa Serrulata được sử dụng trong y học cổ truyền Bắc Mỹ.

- Cao lipidic từ cây Moca được sử dụng rộng rãi ở Peru.

B. ẢNH HƯỞNG CỦA TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TỚI VÔ SINH

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Đại cương

Tuyến tiền liệt là cơ quan nằm bên dưới bàng quang và bao quanh niệu đạo. Tuyến tiền liệt tiết ra một chất lỏng giúp nuôi dưỡng tinh trùng như một phần của tinh dịch và làm cho dịch âm đạo giảm bớt tính axit.

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt xảy ra khi có sự tăng sản lành tính tế bào tổ chức đệm và/hoặc tế bào tuyến.

Các vấn đề về tuyến tiền liệt là phổ biến ở nam giới 50 tuổi trở lên. Hầu hết có thể được điều trị thành công mà không làm tổn hại đến chức năng tình dục.

2. Giải phẫu - mô học

Tuyến tiền liệt có hình nón, đáy ở trên đỉnh ở

dưới, phần niệu đạo xuyên qua tuyến tiền liệt dài khoảng 3 cm. Tuyến nặng 16-25 gram, rộng khoảng 4 cm, cao khoảng 3 cm, dày khoảng 2,5 cm.

Tuyến tiền liệt được cấu tạo bởi mô đệm (nguyên bào sợi, tế bào cơ trơn) và mô tuyến (gồm hai lớp tế bào: lớp tế bào chế tiết, lớp tế bào đáy).

Mc Neal (1981) phân biệt các vùng trong tuyến tiền liệt gồm: vùng chuyển tiếp ôm chặt phần niệu đạo (5% thể tích tuyến - tăng sản lành tính chủ yếu xảy ra ở vùng này), vùng trung tâm ôm lấy hai ống phóng tinh và trải dài từ đáy đến đỉnh tuyến tiền liệt tại vị trí ụ núi (25% thể tích tuyến tiền liệt), vùng ngoại biên là phần còn lại bao lấy vùng trung tâm và vùng chuyển tiếp (70% thể tích tuyến tiền liệt, 70-75% ung thư tuyến tiền liệt xảy ra ở vùng này; ngoài ra viêm mạn tính hoặc teo đét cũng thường gặp tại đây).

3. Chức năng sinh lý của tuyến tiền liệt và ảnh hưởng của tuyến tiền liệt tới vô sinh

3.1. Chức năng sinh lý của tuyến tiền liệt

Đây là tuyến sinh dục phụ, tiết 20% tinh dịch. Tinh dịch do tuyến tiền liệt bài tiết chứa axit citric, fructose, kẽm, spermin, axit amin tự do... để nuôi dưỡng và kích thích sự di chuyển của tinh trùng; enzym làm tinh dịch đông vón khi mới phóng tinh vào âm đạo, fibronolysin làm ly giải tinh dịch. Dịch tuyến tiền liệt tiết ra có pH kiềm.

Kháng nguyên chuyên biệt của tuyến tiền liệt là PSA (prostate specific antigen), thường 1 gram mô tuyến tiền liệt tiết 0,3ng/ml PSA. Đây là một glycoprotein được tìm ra năm 1979, bình thường trong máu có 0-4ng/ml PSA. PSA thường được sử dụng để chẩn đoán sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt.

Tuyến tiền liệt là một trong những cơ quan sinh dục của nam giới nên các bệnh của tuyến tiền liệt ảnh hưởng đến khả năng hoạt động tình dục và ngược lại. Nghiên cứu cho thấy, nam giới trong thời gian ngắn mà sinh hoạt tình dục quá nhiều lần thì tỷ lệ phát sinh viêm tuyến tiền liệt cấp tính chiếm 89,7% (bệnh hay gặp ở chú rể trong tuần trăng mật); khống chế xuất tinh, xuất tinh ra ngoài, khi giao hợp bị gián đoạn, thói quen thủ dâm... đều là nguyên nhân gây viêm tuyến tiền liệt.

Bệnh lý tuyến tiền liệt có ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng sinh dục. Khi tuyến tiền liệt bị viêm hay tăng sản thì làm ảnh hưởng đến chức năng bài tiết axit citric, fructose, kẽm, spermin, axit amin tự do... để nuôi dưỡng và kích thích sự di chuyển của tinh trùng, làm cho tinh trùng bất thường hoặc không di động. Đồng thời tuyến tiền liệt cũng không tiết một số enzym làm đông vón tinh dịch khi vào âm đạo làm cho tinh dịch không đông vón khi vào âm đạo, như vậy tinh trùng sẽ bị ảnh hưởng bởi độ axit của âm đạo.

Bệnh lý tuyến tiền liệt có thể ảnh hưởng đến chức năng sinh dục: viêm tuyến tiền liệt và viêm túi tinh thường song hành dẫn đến giảm ham muốn tình dục vì tuyến tiền liệt, túi tinh và chức năng sinh lý liên quan mật thiết với nhau, cùng đổ vào niệu đạo.

3.2. Ảnh hưởng của tuyến tiền liệt tới vô sinh ở nam giới

Viêm tuyến tiền liệt là một nguyên nhân gây vô sinh ở nam. Khi nam giới bị viêm tuyến tiền liệt, nếu không điều trị triệt để có thể gây ra các biến chứng:

- Viêm mào tinh hoàn: người bệnh viêm tuyến tiền liệt nếu không được chữa trị kịp thời có thể bị viêm mào tinh hoàn mạn tính do khả năng miễn dịch suy giảm đáng kể.

- Viêm niệu đạo sau: ở những người bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu thì nguy cơ mắc bệnh này rất cao. Do cấu tạo đường dẫn tinh và đường tiết niệu của nam giới chung nhau, nên khi bị viêm nhiễm đường niệu đạo có thể làm ảnh hưởng đến chất lượng tinh trùng.

- Suy nhược thần kinh: một trong những tác hại nghiêm trọng của bệnh viêm tuyến tiền liệt là ảnh hưởng đến sức mạnh tinh thần của bệnh nhân. Điều này làm suy giảm ham muốn tình dục.

- Liệt dương, vô sinh: người bệnh trong thời gian dài có những mặc cảm tâm lý và sự yếu đi của thể chất dẫn đến triệu chứng liệt dương ở các cấp độ khác nhau. Mặt khác, tình trạng viêm nhiễm kéo dài ảnh hưởng đến chất lượng tinh trùng, giảm khả năng thụ thai.

Ảnh hưởng và biến chứng của bệnh phì đại tuyến tiền liệt đến khả năng sinh sản:

Hoạt động tình dục quá nhiều, công năng tinh hoàn bất thường là các yếu tố dẫn đến phì đại tuyến tiền liệt.

- Nhiễm trùng đường tiểu: dễ dẫn đến bệnh viêm bàng quang. Khi bị viêm bàng quang, khả năng nhiễm trùng lan lên đường niệu trên hoặc thậm chí là lan sang các bộ phận khác ở nam giới. Chính những hội chứng viêm nhiễm ấy sẽ làm giảm chất lượng của các cơ quan sinh sản, gây ra nhiều biến chứng khó lường, dẫn đến nguy cơ hiếm muộn, vô sinh.

- Thận bị tổn thương: đời sống sinh hoạt sẽ bị ảnh hưởng đáng kể, trong đó bao gồm cả sinh hoạt tình dục. Sinh hoạt tình dục bị rối loạn, khả năng hiếm muộn, vô sinh ở người bệnh sẽ rất cao.

Ảnh hưởng của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt đến khả năng sinh sản:

- Bệnh u xơ tuyến tiền liệt sẽ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới. Dịch tuyến tiền liệt sẽ ảnh hưởng đến độ kết dính và chất lượng

của tinh dịch, từ đó dẫn đến hiện tượng vô sinh, hiếm muộn ở nam giới.

- Bệnh nhân bị u xơ tuyến tiền liệt cũng có thể gặp phải vấn đề như rối loạn cương dương, rối loạn phóng tinh, giảm khoái cảm hoặc mất hứng thú tình dục, đặc biệt khi đã có dấu hiệu tắc nghẽn đường tiểu.

Nguy cơ vô sinh khi bị vôi hóa tuyến tiền liệt: Trong tuyến tiền liệt có thể có các cục sỏi vôi hóa, hay nốt vôi hóa gây nhiễm khuẩn dẫn đến tình trạng viêm tuyến tiền liệt. Tuyến tiền liệt có vai trò sinh ra tinh dịch, tinh dịch có tác dụng nuôi dưỡng tinh trùng. Vì vậy khi chất lượng tinh trùng không được đảm bảo thì khả năng sinh sản của nam giới cũng bị ảnh hưởng.

Hầu hết nam giới mắc các bệnh về tuyến tiền liệt có nguy cơ vô sinh cao, hoặc gặp những rối loạn về chức năng tình dục. Tất cả những bệnh lý về tuyến tiền liệt có thể điều trị được nếu như phát hiện sớm, điều trị sớm thì khả năng sinh sản của nam giới sẽ vẫn có thể duy trì được.

Ngoài ra, lao và ung thư tuyến tiền liệt đều gây giảm sút tình dục, liệt dương, xuất tinh sớm, không xuất tinh và một số cản trở về chức năng tình dục. Từ lâu, các nhà y học đã biết rõ, tuyến tiền liệt phì đại liên quan chặt chẽ tới nội tiết tố nam testosterone.

4. Dịch tễ học

Bệnh có xu hướng tăng lên theo độ tuổi. Berry (1984) nghiên cứu trên giải phẫu tử thi cho thấy tần suất bệnh này khá phổ biến: 20% ở lứa tuổi 41, 50% ở 51-60 tuổi và 90% trên 80 tuổi.

Hơn 90% bệnh nhân trên 70 tuổi có các biểu hiện rối loạn tiểu tiện do tăng sản tuyến tiền liệt.

5. Giải phẫu bệnh

- *Đại thể:* Tuyến tiền liệt phì đại nặng 30-40g, có thể đến 60-100g.

Mặt cắt có những cục tăng sản giới hạn khá rõ, màu vàng, mềm, chèn ép mô bình thường.

U chèn ép niệu đạo, đẩy lồi vào lòng bàng quang. Mặt trong thành bàng quang có nhiều hình lồi lõm hình trụ, hình hốc. Một số hốc có thể biến thành túi thừa. Các "van" niệu quản dễ mất tác dụng tạo điều kiện để nước tiểu trào ngược dòng lên thận. Nhiễm khuẩn ngược dòng và suy thận là hậu quả cuối cùng của bệnh lý này.

- *Vi thể:* Tăng sản của mô tuyến và mô đệm tạo thành các nhân.

Có thể tìm thấy hình ảnh tăng sản nội biểu mô tuyến tiền liệt độ 1 và độ 2, trong đó độ 2 coi như tiền ung thư. Sau cùng có thể phát hiện 10% tăng sản tuyến tiền liệt có các ổ ung thư nhỏ (Moore, 1935).

6. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh

Mặc dù chưa biết rõ nguyên nhân của tăng sản tuyến tiền liệt, cũng như chưa xác định được các yếu tố nguy cơ, nhưng người ta đã biết bệnh chủ yếu gặp ở những người đàn ông lớn tuổi và không gặp ở những người đã cắt bỏ tinh hoàn trước tuổi dậy thì. Vì vậy, nhiều nhà nghiên cứu chuyên ngành tin rằng tăng sản tuyến tiền liệt có liên quan đến tuổi già, rối loạn các nội tiết tố sinh dục, quá trình viêm nhiễm mạn tính tại tuyến... có thể đã thúc đẩy quá trình phát triển của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.

- Sự tăng sản tuyến tiền liệt có thể phụ thuộc vào testosterone, vì nếu cắt bỏ tinh hoàn trước tuổi dậy thì sẽ không xuất hiện tăng sản tuyến tiền liệt. Nồng độ dihydrotestosterone ở bệnh nhân tăng sản tuyến tiền liệt thường cao hơn so với những người cùng tuổi bình thường (dihydrotestosterone được chuyển hóa từ testosterone tại tế bào đích nhờ enzym 5α-reductase). Đây là lý do chống chỉ định sử dụng androgen ở bệnh nhân tăng sản tuyến tiền liệt.

- Sự mất cân bằng giữa testosterone và estrogen cũng gây ra tăng sản tuyến tiền liệt. Ở người có tuổi, testosterone trong máu giảm, trong khi estrogen không giảm làm estrogen máu tăng tương đối. Chính estrogen tác động lên prolactin làm tăng sự nhạy cảm của các thụ thể androgen,

do đó tác động của testosterone tự do đối với mô đích càng lớn nên gián tiếp gây tăng sản tuyến tiền liệt.

- Mối quan hệ của biểu mô đệm với lớp biểu tuyến và các yếu tố phát triển: Yếu tố tăng trưởng có tác dụng làm tăng trưởng các mô sợi, các mô tuyến lân cận, họp thành các nhân xơ quanh niệu đạo, các nhân phát triển lớn dần tạo thành tăng sản tuyến tiền liệt.

- Sự mất cân bằng giữa tăng sinh và tiêu hủy tế bào, lý thuyết về tế bào gốc.

- Sự biến đổi của hệ thống miễn dịch và viêm nhiễm tại chỗ.

7. Chẩn đoán xác định

7.1. Hỏi tiền sử bệnh nhân về các bệnh có liên quan đến tiết niệu như: đái tháo đường, bàng quang thần kinh, hẹp niệu đạo, tiền sử bí đái, các phẫu thuật (trĩ, thoát vị bẹn, sỏi bàng quang...), thời gian xuất hiện các rối loạn tiểu tiện.

7.2. Các triệu chứng cơ năng

7.2.1. Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

- Các triệu chứng kích thích, do sự đáp ứng của bàng quang đối với chướng ngại vật ở cổ bàng quang:

+ Tiểu nhiều lần, lúc đầu ban đêm, có thể gây mất ngủ và sau là tiểu nhiều lần ban ngày, cứ hai giờ phải đi tiểu một lần, làm cản trở sinh hoạt.

+ Đi tiểu vội, không nhịn được, có khi tiểu són.

- Các triệu chứng do chèn ép:

+ Tiểu khó, phải rặn tiểu, đứng lâu mới tiểu hết.

+ Tiểu có tia nước tiểu yếu và nhỏ, có khi ra hai tia.

+ Tiểu rớt nước tiểu về sau cùng.

+ Tiểu xong vẫn còn cảm giác tiểu không hết.

- Trong giai đoạn có biến chứng:

+ Bí tiểu hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do còn nước tiểu tồn đọng trong bàng quang.

+ Tiểu đục và tiểu buốt khi có nhiễm khuẩn.

+ Tiểu ra máu do sỏi bàng quang hay viêm nhiễm nặng ở bàng quang.

Sau đây là thang điểm quốc tế các triệu chứng của tuyến tiền liệt (International Prostate Symtom Score - IPSS) dùng để đánh giá mức độ nặng nhẹ của các triệu chứng và đề ra biện pháp điều trị cũng như theo dõi khi được điều trị.

Thang điểm gồm 07 câu, tổng 35 điểm. Từ 0-7 điểm là nhẹ. Từ 8-19 điểm là trung bình. Từ 20-35 điểm là nặng.

Câu hỏi:	Hoàn toàn không	Có ít hơn 1/5 lần	Có ít hơn 1/2 lần	Có khoảng 1/2 lần	Có hơn 1/2 lần	Hầu như thường xuyên
1. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu	0	1	2	3	4	5

lần ông có cảm giác bàng quang không cạn hết hoàn toàn sau khi tiểu xong?						
2. Khoảng 1 tháng qua, sau khi tiểu xong, bao nhiêu lần ông phải đi tiểu lại trong vòng 2 giờ?	0	1	2	3	4	5
3. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu lần ông thấy khi đang đi tiểu thì bị ngưng và sau đó lại tiểu lại nhiều lần như vậy?	0	1	2	3	4	5
4. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu lần ông cảm thấy khó tiểu?	0	1	2	3	4	5

5. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu lần ông thấy tiểu yếu?	0	1	2	3	4	5
6. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu lần ông phải rặn hoặc cố hết sức mới có thể bắt đầu tiểu được?	0	1	2	3	4	5
7. Khoảng 1 tháng qua, từ lúc đi ngủ đến khi tỉnh dậy có bao nhiêu lần ông phải tỉnh dậy để đi tiểu?	0	1	2	3	4	5

ĐIỂM ĐÁNH GIÁ VỀ CHẤT LƯỢNG SỐNG

Nếu ông sống với tình hình tiết niệu hiện nay, ông thấy như thế nào?	Rất tốt	Tốt	Tạm được	Vừa phải	Không thích thú	Khốn khổ	Không thể chịu được
	0	1	2	3	4	5	6

7.2.2. Viêm tuyến tiền liệt

Ngoài những triệu chứng giống như tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, bệnh nhân còn kèm theo sốt cao hoặc cũng có thể chỉ sốt nhẹ.

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: có tiền sử viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng tuyến tiền liệt to, đau, có chỗ rắn.

7.2.3. Ung thư tuyến tiền liệt

7.3. Thực thể: Thăm trực tràng

Xác định mật độ, ranh giới, kích thước tuyến tiền liệt. Bệnh nhân có đau hay không khi sờ nắn tổ chức tuyến, ước lượng trọng lượng tuyến tiền liệt. Đồng thời cũng đánh giá được độ mềm mại của thành trực tràng và các tổ chức lân cận khác vùng tiểu khung.

Viêm tuyến tiền liệt: tuyến tiền liệt to, đau, có chỗ rắn.

Ung thư tuyến tiền liệt: có nhân rắn, mất ranh giới.

7.4. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Sinh hóa: ure, creatinin.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ nước tiểu.
- PSA huyết thanh: có giá trị trong chẩn đoán, tiên lượng, theo dõi ung thư tuyến tiền liệt.
- Siêu âm: đặc biệt siêu âm đầu dò qua đường

trực tràng tính trọng lượng tuyến, mật độ tuyến, đo lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang, túi thừa bàng quang, hình đậm âm kèm bóng cản...

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch: hiện nay được thay thế bằng siêu âm, chỉ được dùng khi cần xác định u, sỏi đường niệu.

- Chụp niệu đạo ngược dòng: khi nghi ngờ hẹp niệu đạo.

- Soi bàng quang: khi cần xác định u bàng quang, u niệu đạo, dị vật.

- Thăm khám niệu động học: để đánh giá lưu lượng dòng nước tiểu (bình thường là 15-20 ml/s). Lưu lượng tiểu tiện tối đa (Q_{max}) là chỉ số tốt nhất để đánh giá (< 6 ml/s: bí tiểu; 7-15 ml/s: tiểu khó; > 16 ml/s: không có tiểu khó). Tuy nhiên Q_{max} giảm không có sự khác nhau giữa tăng sản tuyến tiền liệt và giảm co bóp cơ trơn bàng quang.

- Chụp X quang hoặc CT: xác định ung thư tuyến tiền liệt.

- Sinh thiết tổ chức để chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt.

8. Chẩn đoán phân biệt

Xơ cứng cổ bàng quang.

9. Điều trị

Tập trung vào bệnh tật, triệu chứng đường tiểu dưới, chức năng tình dục.

Để phòng bệnh, nên ăn uống điều độ, tránh rượu, thuốc lá; tránh nhiễm trùng đường niệu; có chế độ luyện tập thể dục đều đặn, tránh ngồi lâu.

9.1. Điều trị nội khoa

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính do vi khuẩn được điều trị bằng kháng sinh. Nếu có các triệu chứng nghiêm trọng, có thể được nhập viện để tiêm thuốc. Sau khi tình trạng đã được cải thiện, sẽ tiếp tục với kháng sinh uống. Quá trình tổng điều trị thường là 2-4 tuần. Nên dùng tất cả các loại thuốc hướng dẫn quy định ngay cả khi đang cảm thấy tốt hơn.

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn cũng được điều trị bằng kháng sinh. Thời gian điều trị thường lâu hơn và có thể cần phải được lặp lại nếu nhiễm trùng xảy ra một lần nữa.

- Điều trị bằng thuốc ức chế 5-alpha reductase (5-Alpha-Reductase Inhibitors)

Finasteride ức chế 5-anpha-reductase tác động lên mô tuyến làm nhỏ tuyến tiền liệt sau nhiều tháng. Tác dụng phụ: giảm PSA huyết thanh, khó theo dõi ung thư hóa tuyến tiền liệt; giảm libido, rối loạn cương dương.

Finasteride có tác dụng trên các tế bào tuyến của tuyến tiền liệt, ngăn cản sự chuyển hóa của 70% testosterone thành dihydrotestosterone (DHT)

do ức chế chọn lọc 5-alpha-reductase typ 1; thuốc này có thể làm nhỏ kích thước tuyến tiền liệt đến 20%. Tác dụng phụ: giảm khả năng tình dục, nữ hóa tuyến vú, che lấp các triệu chứng của ung thư tuyến tiền liệt tiềm ẩn. Thuốc làm giảm cả PSA toàn phần và PSA tự do nên khi điều trị với Finasteride nên theo dõi tỷ lệ PSA tự do với PSA toàn phần.

Dutasteride (Avodart) là một hoạt chất cùng họ với Finasteride. Dutasteride ức chế cả 5-alpha-reductase typ 1 và 2 nên 90% lượng DHT sẽ bị ức chế. Dutasteride có khả năng làm nhỏ đến 26% khối lượng tuyến tiền liệt tăng sản. Tác dụng phụ như Finasteride.

- *Thuốc ức chế thần kinh giao cảm alpha* (Alpha Antagonists)

Kháng α1 adrenergic: ức chế co thắt cơ trơn cổ bàng quang; giảm áp lực ở cổ bàng quang và niệu đạo tuyến tiền liệt. Tác dụng phụ: ngây ngất, mệt mỏi, giảm huyết áp tư thế đứng.

Thuốc có tác dụng ức chế sự co thắt của các cơ trơn vùng cổ bàng quang và trong tuyến tiền liệt, có tác dụng nhanh trong vòng 48 giờ.

Hiện nay sử dụng các thuốc ức chế chọn lọc nhưng còn nhiều tác dụng phụ như tụt huyết áp tư thế, chóng mặt, nhức đầu, khô miệng, xuất tinh ngược dòng. Thời gian điều trị là 8 tuần.

Liều dùng hàng ngày thuốc sử dụng điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

Thuốc (Medication)	***Chọn lọc receptor***	***Mức liều hàng ngày***
Alpha Antagonists		
Alfuzosin (Xatral)	-	10 mg
Doxazosin	-	1-8 mg
Silodosin	+	8 mg
Tamsulosin	+	0,4-0,8 mg
Terazosin	-	1-10 mg
5-Alpha-Reductase Inhibitors		
Dutasteride	+	0,5 mg
Finasteride	+	5 mg

(+): chọn lọc; (-): không chọn lọc.

- Điều trị bằng các thảo dược

Ở châu Âu, các thảo dược khá thịnh hành trong điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, như:

- Pygeum Africanum (cây Pygeum, họ vòi voi) tác dụng vào nguyên bào sợi.

- Serenoa Repens (cây Cọ lùn Nam Mỹ) có tác dụng trên mô tuyến.

- Trinh nữ hoàng cung (Náng lá rộng - Crinum latifolium L.): Hành huyết tán ứ, tiêu thũng chỉ

thống, thanh nhiệt giải độc. Theo các nghiên cứu hiện đại, có tác dụng trên mô tuyến.

9.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định:

- Bí tiểu hoàn toàn và ngay sau khi rút ống thông bệnh nhân vẫn không tiểu được.
- Bí tiểu không hoàn toàn (mức độ ứ đọng trong bàng quang > 100 ml).
- Nhiễm khuẩn niệu.
- Sỏi tiết niệu, túi thừa bàng quang.
- Tiểu ra máu.
- Suy thận do tuyến tiền liệt tăng sản.

Có nhiều phương pháp điều trị ngoại khoa, nhưng không có phương pháp nào là hoàn hảo cho mọi bệnh nhân, mỗi phương pháp đều có những hạn chế nhất định.

Phẫu thuật kinh điển là bóc u. Ngoài ra, còn phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo. Các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật là: chảy máu, nhiễm khuẩn, vô niệu, xuất tinh ngược dòng...

9.2.1. Mổ mở bóc khối tăng sản

Chỉ định trong điều trị các trường hợp khối tăng sản tuyến tiền liệt lớn.

Đây là cuộc đại phẫu đối với bệnh nhân cao tuổi, thường có nhiều bệnh mạn tính phối hợp, phẫu trường sâu nên cầm máu khó. Vì vậy khi

quyết định phẫu thuật cần kiểm tra kỹ tình trạng sức khỏe của bệnh nhân về hô hấp, tim mạch, đông máu.

Hiện nay phương pháp này ít dùng do tính xâm hại của nó.

9.2.2. Cắt đốt nội soi

Hiện được sử dụng rộng rãi vì tính hiệu quả và ít xâm hại.

Lưu ý là có thể chảy máu lúc mổ và chảy máu thứ phát nhiều ngày sau khi xuất viện, ngộ độc nước, hẹp niệu đạo,... có thể gây tử vong nhưng tỷ lệ tử vong rất thấp.

9.2.3. Điều trị bóc bướu với laser KTP

Chỉ định: tăng sản lành tính tuyến tiền liệt vừa và nhỏ.

Với phương pháp này, bệnh nhân ít bị chảy máu hơn, có thể rút thông tiểu sau 24 giờ nhưng khi thực hiện thủ thuật vẫn phải gây mê hay gây tê tủy sống nên vẫn có tính xâm hại đáng kể.

Bệnh có thể tái phát sau vài năm. Phương pháp điều trị này không thể lấy mẫu mô để thử giải phẫu bệnh nên cần truy tầm ung thư tuyến tiền liệt trước khi điều trị. Ngoài ra có thể có chảy máu thứ phát sau thủ thuật và vẫn có thể có nguy cơ hẹp niệu đạo.

9.2.4. Điều trị xâm hại tối thiểu

- Mở bàng quang ra da: chỉ áp dụng khi tổng trạng bệnh nhân quá yếu. Đây là một phẫu thuật

nhẹ, tiến hành với tê tại chỗ là đủ, có thể mở bàng quang ra da bằng trocar và tiến hành tại giường bệnh. Cần lưu ý là chất lượng cuộc sống kém, vẫn có trường hợp chảy máu khi bệnh nhân dùng thuốc chống đông. Cần thay thông thường xuyên 2 tuần một lần.

- TUNA (đốt tuyến tiền liệt bằng sóng cao tần): phương pháp khá hữu hiệu, có thể áp dụng với vô cảm tại chỗ nhưng có khuyết điểm là hiệu quả không cao, nhất là khi bệnh nhân bị bế tắc đường tiểu dưới nặng, bướu quá to. Cần lưu ý là triệu chứng bệnh có thể tái phát sau 2-3 năm, phương pháp này không lấy mẫu mô thử giải phẫu bệnh được.

- Tiêm độc tố botulinum vào tuyến tiền liệt: đây là một phương pháp nhẹ nhàng, đơn giản, thậm chí còn ít xâm hại hơn mở bàng quang ra da nhưng cũng như TUNA, hiệu quả của phương pháp này không cao, thời gian tái phát càng ngắn hơn nên mỗi 9-12 tháng phải làm lại và chi phí cao.

10. Giáo dục sức khỏe

- Hạn chế đồ uống vào buổi tối. Không uống bất cứ thứ gì từ một đến hai giờ trước khi đi ngủ để tránh thức vào ban đêm.

- Không uống các chất kích thích như bia, rượu và cà phê làm tăng cường sản xuất nước tiểu, kích

thích bàng quang và làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh.

- Ăn uống theo chế độ hợp lý: tránh các chất cay nóng, chất béo; ăn nhiều rau xanh, củ, quả...

- Hạn chế thuốc thông mũi hoặc thuốc kháng histamine. Các thuốc này thắt chặt các cơ xung quanh niệu đạo kiểm soát lưu lượng nước tiểu, làm khó khăn hơn khi đi tiểu.

- Cố gắng đi tiểu ngay khi cảm thấy buồn đi tiểu. Không nhịn tiểu quá lâu.

- Cố gắng đi tiểu vào các thời điểm cố định, điều này có thể được thực hiện mỗi 4 - 6 giờ trong ngày.

- Sinh hoạt tình dục điều độ.

- Tập thể dục thể thao thường xuyên, đều đặn. Có thể tập các bài tập vùng cơ chậu.

- Uống thuốc theo chỉ định và tái khám định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Sự rối loạn tiểu tiện, tiểu khó, bí tiểu... được y học cổ truyền quy vào chứng **long bế** hoặc **lung bế**.

Tiểu không thông, nhỏ ra từng giọt ngắn ít, thể bệnh không gấp vội gọi là lung; tiểu tiện đóng lại, nhỏ giọt, không thông, thể bệnh cấp gọi là bế. Mặc dù mức độ có khác nhau nhưng tiểu khó ra đều gọi là lung bế.

1. Nguyên nhân

1.1. Bất nội ngoại nhân

Tỳ hư: Ăn uống không điều độ, ăn nhiều đồ béo, ngọt, nướng, rán... Bổ quá sinh thấp nhiệt hoặc ăn đồ sống, lạnh làm tổn thương trung khí, hoặc bị bệnh lâu ngày, hoặc mệt nhọc hại tỳ, hoặc người già yếu tỳ khí hư, hoặc tỳ khí vốn hư... Khí hư không có sức đẩy nên tiểu tiện không lợi.

Thận hư: Ốm lâu, người cao tuổi dương khí bất túc, buông thả hại thận, làm thận dương hư hoặc tỳ thận lưỡng hư, khí hóa bất cập, sự thông lợi của bàng quang bị ngăn trở mà sinh bệnh.

1.2. Nội nhân

Do can uất khí trệ: Thất tình nội thương làm can khí mất điều hòa, nội thương khí cơ mất điều hòa, kinh lạc không thông, ảnh hưởng đến chức năng khí hóa của bàng quang làm thủy đạo bị nghẽn tắc.

Lo nghĩ nhiều hại tỳ.

1.3. Ngoại nhân

Thấp nhiệt trở trệ bàng quang, hoặc di nhiệt đến bàng quang, thấp và nhiệt câu kết làm bàng quang khí hóa không lợi dẫn đến tiểu tiện không thông.

2. Biện luận và thể bệnh

Bệnh thường phát ra khi tuổi cao, do công

năng tạng phủ thất điều, khí huyết âm dương hư tổn ảnh hưởng tới chức năng khí hóa của bàng quang mà sinh ra bệnh. Bệnh thường nặng lên khi gặp nhiễm lạnh, lao động quá sức, ẩm thực bất điều.

Bệnh có hư, có thực. Do tà thực mà dẫn đến bệnh như thấp nhiệt hạ tiêu, niệu đạo tắc trở, đó là thực mà dẫn đến bệnh. Chứng hư do chính khí hư, người có tuổi chính khí càng hư như bàng quang hư hàn, tỳ thận khí hư, thận âm hư, mệnh môn hỏa suy là những yếu tố cơ bản gây nên bệnh.

Chứng hư và thực đôi khi khó phân biệt, có thể trong hư có thực, bản hư tiêu thực. Thời kỳ sau, chức năng tạng phủ thương tổn nặng, xuất hiện những chứng hậu nguy kịch như tiểu khó, bí tiểu, tiểu máu, suy thận...

2.1. Lung bế do thận khí bất túc

Biện chứng: Thận chủ về khí hóa nước, thận chủ nhị tiện, thận chủ thủy chủ về sự đóng mở, bàng quang chủ chứa nước tiểu, ban đêm âm thịnh dương suy nên nếu dương khí suy yếu sẽ gây tiểu đêm. Thận hư cũng gây tiểu nhiều lần, tiểu không thông.

Triệu chứng:

+ Rối loạn tiểu tiện: tiểu đêm một hoặc nhiều lần, thậm chí tiểu nhiều lần ban ngày, nặng thì tiểu vặt, tiểu không tự chủ, tiểu nhỏ giọt khó đi, không có sức bài tiết, tiểu són.

+ Thận dương hư: lưng đau, chân lạnh, tinh thần uể oải, sợ lạnh, mặt trắng nhạt, tiểu có lẫn chất tinh, liệt dương, tảo tinh, lưỡi nhạt bệu có vết hằn răng, mạch trầm tế nhược.

Phương pháp điều trị: Ôn dương ích khí, bổ thận lợi niệu.

Bài thuốc:

+ Bài 1: Thỏ ty tử hoàn gia giảm

Tang phiêu tiêu 20g, Thỏ ty tử 10g, Trạch tả 10g.

Phân tích bài thuốc: Tang phiêu tiêu: bổ thận, sáp tinh, chỉ di. Thỏ ty tử: bổ thận, ích tinh. Trạch tả: thấm thủy thấp, lấy tả giúp cho bổ.

Nếu di niệu nặng gia Phúc bồn tử, Kim anh tử.

+ Bài 2: Tế sinh thận khí hoàn

Thục địa 12g, Hoài sơn 12g, Sơn thù 10g, Phụ tử chế 4g, Nhục quế 4g, Bạch linh 12g, Trạch tả 12g, Đan bì 10g, Ngưu tất 12g, Xa tiền tử 12g.

Tác dụng: ôn thận, ích khí, bổ thận, thông tiểu.

2.2. Lung bế do trung khí bất túc

Biện chứng: Tỳ hư, thanh khí không thăng, trọc âm không giáng nên tiểu tiện không lợi, trung khí thăng đề không có sức nên bụng dưới chướng trệ. Tỳ khí hư, chức năng vận hóa kém nên ăn không ngon miệng, bụng chướng. Khí huyết không đầy đủ nên sắc mặt không tươi, mệt mỏi, đoản hơi...

Triệu chứng:

+ Rối loạn tiểu tiện: bệnh phát trì hoãn, không

có sức đẩy nước tiểu ra, hoặc tiểu tiện phải gắng sức, ra nhỏ giọt, sót rớt dầm dề, lao động quá sức thì bệnh nặng hơn, bụng dưới chướng trệ.

+ Tỳ khí hư: sắc mặt không tươi, tinh thần mệt mỏi, hơi thở ngắn, tiếng nói nhỏ yếu, ăn không ngon miệng, tay chân lạnh, tự ra mồ hôi, lưỡi nhạt hoặc nhạt bệu, rìa lưỡi có nếp hằn răng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch nhược vô lực.

Phương pháp điều trị: Ích khí, kiện tỳ, lợi niệu.

Bài thuốc: Bổ trung ích khí thang hợp với Thỏ ty tử hoàn: Thỏ ty tử 12g, Phục linh 12g, Sơn dược 12g, Liên nhục 12g, Kỷ tử 16g, Hoàng kỳ 16g, Đẳng sâm 16g, Cam thảo 08g, Bạch truật 01g, Thăng ma 12g, Sài hồ 12g, Đương quy 16g, Trần bì 08g.

Phân tích bài thuốc: Hoàng kỳ: bổ ích trung khí, thăng dương cố biểu. Đẳng sâm, Phục linh, Cam thảo, Bạch truật: kiện tỳ, ích khí, hóa thấp. Thăng ma, Sài hồ hợp với sâm, kỳ để thăng đề thanh dương khí. Quy vĩ, Kỷ tử: bổ huyết hòa doanh. Thỏ ty tử, Sơn dược, Liên nhục: kiện tỳ ích khí, cố tinh, hóa trọc. Trần bì: lý khí hóa thấp.

2.3. Lung bế do can khí uất kết

Biện chứng: Bệnh xảy ra ở bệnh nhân có cơ địa hay uất giận. Do tình chí không thư sướng làm mất đi sự sơ tiết của tạng can, lâu ngày không tháo gỡ làm khí trệ, huyết ứ, vì vậy kết tụ và ứ trệ

ở trong cơ thể ảnh hưởng đến khí hóa của tam tiêu mà sinh bí tiểu. Can khí uất kết lâu ngày làm chức năng sơ tiết rối loạn, có thể sơ tiết thái quá thì quấy rối thận, làm tinh quan không bền, thận hư nên tiểu són, tiểu đêm.

Triệu chứng:

+ Rối loạn tiểu tiện: tiểu khó, nhỏ giọt hoặc không ra, lúc nặng lúc nhẹ, tiểu són hoặc di niệu, đau tức chướng bụng dưới khi có khi không.

+ Can khí uất kết: rối loạn tiểu tiện kèm tinh thần uất ức, hay nổi cáu hoặc đa phiền, choáng đầu, mất ngủ, miệng đắng, họng khô, ngực sườn đầy tức, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền sác hoặc sáp.

Phương pháp điều trị: Sơ can, lý khí tiêu tích, thông lợi tiểu tiện.

Bài thuốc:

+ Bài 1: Sài hồ sơ can thang gia giảm

Sài hồ 8g, Bạch thược 12g, Chỉ xác 8g, Cam thảo 4g, Xuyên khung 8g, Hương phụ 8g. Sắc nước uống, ngày 01 thang.

Phân tích bài thuốc: Sài hồ: hòa giải thiếu dương. Bạch thược, Cam thảo: điều lý can tỳ, làm công năng của khí lưu loát khoan khoái, hoãn cấp chỉ thống. Sài hồ kết hợp Chỉ xác có tác dụng thăng thanh giáng trọc. Xuyên khung, Hương phụ để hoạt huyết hành khí, tiêu ứ.

+ Bài 2: Trầm hương tán

Trầm hương 20g, Hoạt thạch 20g, Thạch vĩ 20g,

Cam thảo 10g, Vương bất lưu hành 20g, Đương quy 20g, Trần bì 10g, Bạch thược 30g, Đông quỳ tử 10g.

+ Bài 3: Đại thất khí thang (y học nhập môn)

Thanh bì 30g, Trần bì 30g, Cát cánh 30g, Tam lăng 30g, Hương phụ 40g, Hoắc hương 30g, Quan quế 30g, Cam thảo 30g, Nga truật 30g, Ích trí nhân 30g. Tác dụng: hành trệ, phá khí, tiêu kết.

2.4. Lung bế do niệu đạo ứ nghẽn (hoặc tăng sản tuyến tiền liệt gây bí tiểu)

Biện chứng: Khí huyết ứ trở, huyết ứ, ứ trở bàng quang, đàm ngưng ứ trở... Gặp ở bệnh nhân bị phì đại tuyến tiền liệt có xuất hiện tiểu khó hoặc bí tiểu.

Triệu chứng: Bị rối loạn tiểu tiện đã lâu, tiểu ra nhỏ giọt, tia nước tiểu yếu hoặc không thành tia hoặc thành nhiều tia, phải đứng lâu mới tiểu hết, khi tiểu phải rặn. Nặng thì bí tiểu, tiểu đau, đầy chướng bụng dưới, đau chói không di chuyển, lưỡi tím có điểm ứ huyết, mạch sáp.

Phương pháp điều trị: Hành ứ tán kết, thông lợi thủy đạo.

Bài thuốc:

+ Bài 1: Đào nhân 10g, Hồng hoa 10g, Xích thược 10g, Đan sâm 20g, Trạch lan 10g, Vương bất lưu hành 10g, Huyền hồ 10g, Xuyên sơn giáp 5g, Ngưu tất 10g, Đương quy 10g. Nếu thăm

khám thấy tuyến tiền liệt bị xơ cứng, cần thêm Tam lăng 6g, Nga truật 6g, Tạo giác thích 6g.

Cách dùng: Sắc nước uống, ngày 01 thang.

+ Bài 2: Huyết phủ trục ứ thang gia vị

Đương quy 12g, Đào nhân 8g, Chỉ xác 6g, Sài hồ 12g, Cát cánh 8g, Ngưu tất 12g, Sinh địa 12g, Hồng hoa 8g, Xích thược 8g, Xuyên khung 8g, Cam thảo 4g, Thỏ ty tử 8g.

Cách dùng: Sắc nước uống, ngày chia 2 lần.

Phân tích bài thuốc: Đương quy, Đào nhân, Hồng hoa: hoạt huyết hóa ứ là chủ dược. Xuyên khung, Xích thược: hoạt huyết hóa ứ. Sinh địa phối hợp Đương quy dưỡng huyết hòa âm. Ngưu tất: hoạt huyết, thông mạch hoạt lạc. Thỏ ty tử: bổ thận, ích tinh. Cam thảo: điều hòa các vị thuốc.

Nếu tuyến tiền liệt co cứng thì gia Tam lăng, Nga truật, nếu khí hư thì gia Hoàng kỳ, Đẳng sâm.

+ Bài 3: Đại để đương hoàn gia giảm

Đại hoàng 40g, Đào nhân 40g, Huyền minh phấn 40g, Quế 12g, Quy vĩ 40g, Sinh địa 40g, Xuyên sơn giáp 40g.

Làm hoàn, mỗi ngày uống 30-40g.

2.5. Lung bế do bàng quang thấp nhiệt

Tương đương với tăng sản tuyến tiền liệt do viêm mạn tính tại tuyến hoặc tăng sản tuyến tiền liệt có biến chứng viêm tiết niệu mạn tính.

Biện chứng: Thấp nhiệt xâm nhập nghẽn trệ ở

bàng quang, hoặc di nhiệt đến bàng quang, thấp nhiệt câu kết làm bàng quang khí hóa không đều dẫn đến tiểu không thông.

Triệu chứng: Tiểu nhiều, tiểu dắt, tiểu buốt, tiểu đục, tiểu ra máu, đường tiểu nóng, đau, vùng hội âm chướng đau, đau lan đến bụng dưới, xuống xương cùng, âm hành và đùi, toàn thân lúc nóng lúc lạnh, nước tiểu vàng, đỏ hoặc đau, táo bón, miệng khô, đắng, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng bệu, mạch hoạt sác.

Phương pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi niệu, hóa ứ.

Bài thuốc:

+ Bài 1: Bát chính tán gia giảm

Mộc thông 08g, Cù mạch 12g, Xa tiền tử 10g, Biển súc 12g, Hoạt thạch 12g, Chích thảo 08g, Sơn Chi tử 08g, Đại hoàng 06g.

Phân tích bài thuốc: Cù mạch: lợi thấp thông lâm, thanh nhiệt lương huyết. Mộc thông: lợi thủy, thẩm thấp. Xa tiền tử, Biển súc, Sơn chi tử: thanh can nhiệt, thông bàng quang. Đại hoàng: thông phủ tả nhiệt. Cam thảo: hoãn cấp chỉ thống.

+ Bài 2: Tỳ giải phân thanh ẩm

Tỳ giải 10g, Xa tiền thảo 10g, Phục linh 10g, Đan sâm 10g, Hoàng bá 6g, Ý dĩ nhân 10g, Hậu phác 10g, Liên tâm 10g, Xương bồ 10g.

Sắc nước uống, ngày 01 thang.

3. Châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt

Phương huyệt chủ yếu là các huyệt Dũng tuyền, Tam âm giao, Huyết hải, Cư vĩ (vị trí ở 1/8 trên của đường thẳng nối mỏm ức với rốn) để nâng cao hiệu quả điều trị.

- Dũng tuyền: nằm ở giữa lòng bàn chân, là tỉnh huyệt thuộc kinh túc thiếu âm thận. Có tác dụng kích thích nâng cao chính khí của thận tạng.

- Tam âm giao: là huyệt vị giao hội của 3 kinh âm: can - tỳ - thận. Có tác dụng bổ ích cho 3 tạng can, tỳ, thận; trợ vận hóa, thông khí trệ, điều huyết thất tinh cung, có thể giúp điều tiết chức năng của bàng quang.

- Huyết hải (túc thái âm tỳ): là bể của huyết. Theo Đông y, Huyết hải có tác dụng điều huyết, thanh huyết nhiệt, hòa vinh, đặc biệt là có tác dụng tuyên thông hạ tiêu nên có tác dụng rõ rệt với chức năng tàng chứa và bài tiết nước tiểu của bàng quang.

- Khí hải: là bể của sinh khí, có công dụng điều khí, bổ thận dương, làm ấm hạ tiêu, nhờ đó giúp cho chức năng khí hóa bàng quang được thực hiện.

- Quan nguyên: Là nơi chứa đựng nguyên khí, có tác dụng bổ thận cố bản, bổ khí hồi dương, làm ấm hạ tiêu, giúp cho quá trình khí hóa bàng quang được thuận lợi, cải thiện tình trạng rối loạn tiểu tiện.

- Lợi niệu (còn gọi là chỉ tả): nằm ở điểm giữa của đường nối rốn và điểm giữa bờ trên xương mu. Có công dụng chữa các chứng bệnh như bí tiểu, tiểu dắt, tiểu dầm. Tác động vào huyệt giúp đi tiểu dễ dàng hơn, tia nước tiểu mạnh hơn.

- Âm lăng tuyền: thuộc túc thái âm tỳ kinh, có tác dụng điều hòa bàng quang. Cổ nhân thường sử dụng phối hợp với hai huyệt Khí hải và Tam âm giao.

- Thái khê: có công dụng bổ thận âm, làm mạnh lưng gối, làm khỏe dương khí, nhờ đó mà tăng cường chức năng khí hóa của bàng quang, giúp cho việc bài tiết nước tiểu được dễ dàng.

Xoa bóp tầng sinh môn: có tác dụng làm tăng lưu thông máu ở tuyến tiền liệt. Nếu có điều kiện, hàng ngày ngâm mông vào chậu nước nóng rồi xoa bóp tầng sinh môn cũng cho tác dụng tốt.

4. Các biện pháp khác

- Vận động: tránh ngồi lâu, nên tăng cường vận động để máu ở vùng chậu hông lưu thông tốt hơn.

- Ăn uống: người bệnh cần dùng nhiều hơn các loại hải sản như cá, tôm, sò huyết... là những thực phẩm nhiều kẽm, có ích cho thận khí. Nên hạn chế các loại thực phẩm cay nóng như ớt, hạt tiêu.

- Phát hiện sớm biến chứng: cần chú ý phát hiện sớm các tai biến của bệnh như sỏi tiết niệu, nhiễm trùng tiết niệu...

5. Phòng bệnh

- Sinh hoạt tình dục đều đặn.

- Chế độ ăn uống hợp lý, dinh dưỡng và đa dạng, không ăn nhiều đồ cay nóng, hạn chế các chất béo và không uống bia, rượu và các chất kích thích như cà phê, trà...

- Uống nhiều nước mỗi ngày (khoảng 1,5-2 lít nước/ngày).

- Tránh lao động căng thẳng, stress...

- Thường xuyên tập thể dục thể thao ít nhất 3-4 lần/tuần, nên vận động tại chỗ (nếu thường xuyên ngồi làm việc).

- Ngăn ngừa và điều trị dứt điểm khi bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Kịp thời chữa trị các bệnh nội tiết như đái tháo đường, rối loạn chức năng tuyến giáp.

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.

MỤC LỤC

	Trang
Lời Nhà xuất bản	5
Chương 1: **TỔNG QUAN VỀ VÔ SINH**	7
I. Mở đầu	7
II. Theo y học hiện đại	9
1. Đại cương	9
2. Nguyên nhân	10
3. Chẩn đoán	16
III. Theo y học cổ truyền	27
1. Nam giới	27
2. Nữ giới	28
Chương 2: **ĐIỀU TRỊ VÔ SINH**	30
I. Theo y học hiện đại	30
1. Nguyên tắc	31
2. Điều trị nội khoa	31
3. Điều trị ngoại khoa	31
II. Theo y học cổ truyền	42
1. Vô sinh nam	42
2. Vô sinh nữ	51

Chương 3: **PHÒNG BỆNH VÔ SINH** 57

1. Nam giới 57

2. Nữ giới 61

Chương 4: **MỘT SỐ BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN VÔ SINH Ở NAM GIỚI** 70

A. BỆNH RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG 70

I. Y học hiện đại 70

1. Định nghĩa 70

2. Dịch tễ học 72

3. Rối loạn cương dương liên quan đến các bệnh mạn tính 74

4. Rối loạn cương dương liên quan đến phẫu thuật và chấn thương 76

5. Rối loạn cương dương liên quan đến hóa chất và sử dụng thuốc 77

6. Nguyên nhân gây rối loạn cương dương 77

7. Chẩn đoán rối loạn cương dương 83

8. Điều trị 89

II. Y học cổ truyền 94

1. Nguyên nhân 94

2. Các thể lâm sàng và điều trị 96

B. ẢNH HƯỞNG CỦA TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TỚI VÔ SINH 100

I. Y học hiện đại 100

1. Đại cương 100

2. Giải phẫu - mô học 100

3. Chức năng sinh lý của tuyến tiền liệt và ảnh hưởng của tuyến tiền liệt tới vô sinh 101
4. Dịch tễ học 106
5. Giải phẫu bệnh 106
6. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh 107
7. Chẩn đoán xác định 108
8. Chẩn đoán phân biệt 113
9. Điều trị 113
10. Giáo dục sức khỏe 119
II. Y học cổ truyền 120
1. Nguyên nhân 121
2. Biện luận và thể bệnh 121
3. Châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt 129
4. Các biện pháp khác 130
5. Phòng bệnh 131

Chịu trách nhiệm xuất bản
Q. GIÁM ĐỐC - TỔNG BIÊN TẬP
PHẠM CHÍ THÀNH

Chịu trách nhiệm nội dung
PHÓ GIÁM ĐỐC - PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
TS. ĐỖ QUANG DŨNG

Biên tập nội dung: ThS. PHẠM THỊ KIM HUẾ
ThS. ĐÀO DUY NGHĨA
Trình bày bìa: PHẠM DUY THÁI
Chế bản vi tính: LÂM THỊ HƯƠNG
Sửa bản in: LÔ THỊ OANH
Đọc sách mẫu: ĐÀO DUY NGHĨA

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT; Số 6/86 Duy Tân, Cầu Giấy, Hà Nội
ĐT: 080.49221 Fax: 080.49222 Email: suthat@nxbctqg.vn Website: www.nxbctqg.vn

TÌM ĐỌC SÁCH CỦA
NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

Bộ Y tế
- CẤP CỨU BAN ĐẦU

DS. Phạm Thiệp, BS. Phạm Đức Trạch
- BỆNH THƯỜNG MẮC, THUỐC CẦN DÙNG

GS.TSKH. Hoàng Tích Huyền
- CẨN THẬN VỚI TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC


ISBN 978-604-57-4375-1



SÁCH KHÔNG BÁN